

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 103

DES
AUTOPLASTIES ŒSOPHAGIENNES
CONSÉCUTIVES A L'ABLATION DU LARYNX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 3 Mars 1922

PAR

Pierre-Armand MILHADE

Né à Saint-Vincent de Paul (Gironde), le 27 Novembre 1894.

Examineurs de la Thèse

MM. MOURE, professeur	Président.
VILLAR, professeur	Juges.
CHAVANNAZ, professeur	
PAPIN, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Victor CABBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 103

DES
AUTOPLASTIES ŒSOPHAGIENNES
CONSÉCUTIVES A L'ABLATION DU LARYNX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 3 Mars 1922

PAR

Pierre-Armand MILHADE

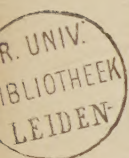
Né à Saint-Vincent de Paul (Gironde), le 27 Novembre 1894.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur	} Président.	
		VILLAR, professeur		
		CHAVANNAZ, professeur		} Juges.
		PAPIN, agrégé		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie ..	MANDOUL.
Clinique externe.....	CASSAET.	Médecine expérimentale...	FERRE.
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE.
que générales.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infan-	DENUCÉ.
Clinique d'accouchements	CRUCHET.	tile et orthopédie.....	BEGOUIN.
Anatomie Pathologique...	RIVIERE.	Clinique gynécologique...	MOUSSOUS.
Anatomie.....	SABRAZES.	Clinique médicale des ma-	DENIGES.
Anatomie générale et his-	PICQUE.	ladies des enfants.....	SIGALAS.
tologie.....	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique.	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Pathologie exotique.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des	POUSSON.
Médecine légale.....	VERGER.	voies urinaires.....	ABADIE.
Physique biologique et clinique d'élec-	BERGONIE.	Clinique psychiatrique.....	MOURE.
tricité médicale.....	CHELLE.	Clinique d'Oto-rhino-laryn-	BARTHE.
Chimie.....	BEILLE.	gologie.....	
Botanique et matière médicale.....	DUPOUY.	Toxicologie.....	
Pharmacie.....		M. PRINCETEAU.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie et embryologie{	N....	Médecine générale.....	LEURET.
Histologie.....	N....		DUPERIE.
Physiologie.....	LACOSTE (chargé).		CREYX.
Anatomie pathologique...	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	MICHELEAU.
Parasitologie et Sciences	MURATET.	Médecine légale.....	PERRENS.
naturelles.....	R. SIGALAS (chargé)		LANDE.
Physique biologique et médi-	N....	Chirurgie générale.....	GUYOT.
cale.....	RÉCHOU.		ROCHER.
Chimie biologique et médi-	N....	Obstétrique.....	DUVERGEY.
cale.....	PETGES.		PAPIN.
Médecine générale.....	CARLES (J.).	Ophtalmologie.....	PÉRY.
	MAURIAC.	Pharmacie.....	FAUGERE.
			TEULIERES.
			LABAT.
			N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceut.	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés	
du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation profession ^{ne}	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

En gage de toute ma tendresse.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de la plus profonde
reconnaissance pour leur dévouement et les
sacrifices qu'ils se sont imposés.*

A MES GRAND'MÈRES

A MA BELLE-MÈRE

A MON BEAU-PÈRE LE DOCTEUR PETIT

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE LIBOURNE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Dont la vie tout entière consacrée à sa
tâche, jusqu'à l'épuisement parfois, sera tout
le long de notre carrière le plus noble exemple
de valeur et de conscience professionnelles.*

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES DU 57^e R. I.

ET DE

L'ESCADRILLE BR. 108, MORTS POUR LA FRANCE

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR E.-J. MOURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Sur le point de quitter cette Faculté, il nous est doux de jeter un regard en arrière et de voir avec quelle sollicitude elle a rempli à notre égard son rôle fécond de mère.

A peine nous avait-elle appris à diriger nos pas dans la voie sacrée de la médecine qu'il nous fallait l'abandonner pour répondre à l'appel des armes.

Durant quatre longues années nous restâmes séparés de son sein ; enfin, quand fut éteinte la dernière lueur du grand incendie, nous revînmes vers elle avec une fidèle ardeur.

Alors, la Faculté de Médecine de Bordeaux ouvrit tout grands ses bras pour nous accueillir et réchauffer à la chaleur de ses enseignements notre esprit que les dures réalités de la guerre avaient entraîné, hélas ! bien loin du rayonnement de la science.

Et, si nous voici arrivés au terme de nos études, c'est grâce à un ensemble de préceptes et de conseils dont la haute valeur n'a d'égale que celle des maîtres qui nous les donnèrent.

Aussi, ne sera-ce pas sans leur témoigner notre vive reconnaissance, que nous abandonnerons cette chère Faculté.

Nous garderons le meilleur souvenir de notre passage dans les services de MM. les Professeurs VILLAR, SABRAZÈS, RIVIÈRE, LAGRANGE, CARLES et DUVERGEY, qui nous accueillirent toujours avec beaucoup de bienveillance et dont nous

nous sommes attachés à recueillir les sages conseils et les doctes leçons.

Qu'il nous soit permis aussi de témoigner notre gratitude à M. le Professeur VERGER, dont nous eûmes la chance de suivre assez longtemps le service et qui, se jouant des difficultés de la neurologie, sut avec art et humour nous intéresser au sort de malades aussi impénétrables que les nerveux.

Que toute notre reconnaissance aille encore à M. le Professeur Moussous, auprès duquel il nous fut donné, pendant des mois hélas trop courts, de prendre part au service des enfants malades ; ce Maître, dont l'expérience égale la science, sut, dans ses belles cliniques, graver avec la netteté des eaux-fortes le tableau saisissant de ces tout petits malades qui ne parlent pas encore et qu'il faut savoir regarder.

A l'égard de M. le Professeur ARNOZAN, notre dette est double. Nous lui devons tout d'abord, en tant que notre Maître, d'avoir su capter notre esprit par la cordialité et la simplicité de son enseignement si clair, au cours du séjour que nous passâmes dans son service et que nous aurions voulu pouvoir prolonger indéfiniment ; mais nous lui devons aussi, en tant que médecin, d'être venu un jour au chevet d'un malade qui nous était très cher pour l'arracher au danger d'une grave maladie, et c'est pour cela que nous n'avons pas assez de mots pour lui dire toute notre gratitude.

Enfin, nous tenons à remercier tout particulièrement notre Maître, M. le Professeur MOURE, de l'excellence des doctes préceptes qu'il sut nous prodiguer pour notre plus grand bien.

Nous ne le remercions pas tant pour l'amabilité dont il fit preuve à notre égard, durant notre stage dans son

service si bien organisé, que de l'honneur insigne qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Cette œuvre sera-t-elle digne d'un tel Maître ?

Qu'il nous soit permis d'en douter, mais au moins avons-nous conscience d'avoir fait notre possible dans ce but.

Il nous est agréable de joindre au nom du Maître de la laryngologie, celui de son aimable et distingué Chef de Clinique, le Docteur PORTMANN, auprès duquel nous avons toujours trouvé le meilleur accueil et les conseils les plus éclairés ; nous tenons à lui marquer aussi toute notre cordiale gratitude.

Si donc, ces pages qu'une main inhabile vient de tracer peuvent être un gage de notre bien vive reconnaissance, qu'il nous soit permis, chers Maîtres, de vous en faire l'hommage.

DES AUTOPLASTIES ŒSOPHAGIENNES

consécutives à l'ablation du Larynx.

INTRODUCTION

Le larynx, de même que tous les organes tapissés d'un épithélium, est susceptible de subir, au niveau même de ce revêtement, une dégénérescence particulière, une prolifération anormale, dont la cause, hélas ! nous échappe, et qui, par suite, ne peut être justiciable à ce point de vue d'un traitement vraiment étiologique. La radiothérapie, la radiumthérapie, les derniers perfectionnements de la technique bactériologique et sérothérapique ont été mobilisés sans résultat contre cet objectif qui semble se dérober ; en vain les cervaux les plus puissants ont-ils, tour à tour, édifié, puis détruit les théories les plus ingénieuses sur le cancer ; il faut s'en tenir, actuellement, pour tout mode de traitement, à la thérapeutique chirurgicale. Or, le manuel opératoire des néoplasies malignes suit une règle invariable : en présence d'un cancer il faut l'extirper précocement, il faut l'extirper totalement.

De la précocité de l'intervention découlent de grands avantages ; les deux principaux sont la réduction du délabrement, l'augmentation des chances de guérison. Dès le début, en effet, on ne rencontrera pas dans les masses périphériques, au niveau de la tumeur, ces longues trainées d'infiltration qui sont, par la suite, des causes de récurrence et de métastases.

Mais, si la tumeur doit être enlevée avec précocité, il

n'est pas douteux qu'elle doit aussi être extirpée en totalité, et c'est là une règle à laquelle il ne faudrait point s'aviser de faillir. Certes, l'opérateur peut se trouver en présence d'un cas peu favorable, il est alors en droit de s'abstenir quant à l'intervention, mais s'il assume la responsabilité d'une opération, il doit, coûte que coûte, la mener jusqu'au bout. Tout ou rien.

Or, pour remplir ces diverses conditions, existe-t-il un organe plus favorable aux desseins du chirurgien que le larynx ? Il semble bien que non lorsqu'on se représente l'anatomie de cet organe, petit tronc de cône cartilagineux qui enchâsse et localise la tumeur, l'emportant avec lui au moment de l'ablation, à la condition, nous venons de le voir, que celle-ci ait lieu avant même que la prolifération ait gagné et détruit les parois qui l'enferment.

Aussi, depuis longtemps déjà, les chirurgiens ont compris qu'il y avait dans l'extirpation du larynx, malgré les apparences d'une réelle gravité, une solution digne du plus grand intérêt. Et qu'il nous soit permis à ce sujet, bien que les questions historiques soient parfois légèrement fastidieuses, de rappeler les grandes lignes et les dates importantes de l'évolution de ce chapitre de la thérapeutique chirurgicale.

Durant l'antiquité, la connaissance de l'anatomie en général, et à plus forte raison de la structure du larynx en particulier, était si peu étendue que les maîtres de ce temps n'avaient pas eu le moyen de développer la pathologie de l'organe vocal. SENDZIAK, de Varsovie, rapporte que c'est ARETÉE qui, le premier, dans ses ouvrages, fit allusion aux tumeurs laryngées. Cela se passait au 1^{er} siècle avant J.-C. CHAUVÉAU rapporte, dans ses « Contributions à l'histoire de la pathologie pharyngée pendant la période gréco-romaine », que GALIEN, qui vécut de 131 à 210 après J.-C., paraît avoir eu une connaissance plus approfondie de ce même mal, puisqu'il parle « des néoplasmes du pharynx et de la base de la langue, entraînant de la dyspnée mécanique par compression de la partie supérieure de la trachée ».

Tout cela était tout de même assez confus, et dans tous les cas, au point de vue thérapeutique, inexistant; et il en fut ainsi durant de très longs siècles. Enfin, c'est MORGAGNI (*De sedibus et causis morborum*) qui, au XVIII^e siècle, décrit nettement plusieurs cas de cancer laryngés et les troubles qui les accompagnaient.

Mais les premières recherches sur l'ablation de la totalité ou d'une portion importante du squelette cartilagineux laryngé remontent à 1829. Et, en 1840, TROUSSEAU pratique une trachéotomie pour un néoplasme de l'organe vocal. C'est de la sorte le premier qui appliqua la chirurgie au traitement du cancer laryngé.

A partir de cette date se développe une époque expérimentale qui s'étend jusqu'en 1881.

C'est à Bonn, en 1829, que furent faites les premières recherches expérimentales sur des chiens, par le chirurgien ALBERS. Ces animaux ne résistèrent pas à l'acte opératoire.

Quarante et un ans plus tard, Vienne ne voyait pas le succès sourire beaucoup plus à CZERNY; sur cinq animaux sacrifiés, un seul survivait.

Pendant ce temps, outre-Manche, WATSON avait osé une première laryngectomie pour un rétrécissement syphilitique grave. Ses efforts, cependant, n'étaient pas récompensés, trois semaines après le malade succombait à une pneumonie.

Enfin, en 1873, BILLROTH, en présence d'un malade atteint de cancer du larynx, opère. C'est la seconde laryngectomie faite à l'homme, c'est le premier succès. Alors, un peu de tous côtés, on tente la délicate opération, seule arme contre l'invasion néoplasique et, vers la fin de l'année, en 1881, on pouvait compter plus de vingt-six cas de laryngectomie totale.

A partir de ce moment, jusque vers 1884, on fit quelques essais cliniques avec des alternatives de réussite et d'insuccès. Si le nombre des opérés augmente, celui des morts augmente aussi et dans une proportion plus forte encore; les chirurgiens s'en inquiètent et demandent finalement à la

laryngectomie partielle ce que semblait leur refuser la laryngectomie totale.

Soixante-dix observations de laryngectomie totale ou partielle peuvent être rassemblées et publiées par ZEZAS, en 1884.

Mais, toujours ce sont les mêmes difficultés auxquelles viennent se heurter les chirurgiens, l'impossibilité d'alimenter le malade sans créer une fistulisation de l'œsophage, par le passage des aliments et de la salive.

Aussi, à cette époque, discute-t-on âprement et s'en tient-on purement à la laryngectomie partielle, la plupart du temps, n'admettant comme SCHWARZ, dans sa thèse d'agrégation, l'ablation complète du larynx, que comme une méthode exceptionnelle.

Et, si LABBÉ admet la laryngectomie, l'Académie de Médecine la condamne.

C'est à ce moment, en 1887, qu'éclate la maladie de FRÉDÉRIC III et, avec elle, une série de controverses entre chirurgiens et laryngologistes anglais et allemands. Dans le même temps, MORELL MACKENZIE fait paraître son livre intitulé : « La dernière maladie de Frédéric le Noble » dont la portée fut très discutée et qui, en somme, est une œuvre de parti-pris jetée au sein de la discorde.

Et ces divergences continuent avec LE FORT, qui proscriit l'ablation du larynx, opération selon lui inefficace et meurtrière, et LE DENTU, RUAULT et d'autres encore qui font paraître de nombreuses publications au sujet de cas opérés en assez grand nombre.

D'ailleurs, c'est au cours de la même année, qu'au Congrès Français de Chirurgie, DEMONS et MOURE faisaient une très intéressante communication sur les indications, la technique et les résultats de cette opération.

A partir de 1890, commence une période de complet développement.

On étudie avec plus de soin la laryngectomie totale en un temps et l'on y apporte des modifications qui, la plupart,

tendent à combattre ce même accident déjà si fréquemment signalé par les auteurs, de la non réunion *per primum* et de l'infection de la brèche œsophagienne.

En 1890, en effet, une modification sérieuse était apportée par BARDENHAUER, de Cologne.

Il préconise des lavages antiseptiques répétés de la cavité buccale, afin d'en déterminer une aseptie aussi complète que possible et recommande de maintenir la tête du malade dans une position déclive et fortement portée en arrière, de telle sorte que la plaie trachéale se trouve dans la position la plus élevée par rapport aux voies digestives supérieures.

Et, pour ce faire, il place le malade étendu sur son lit, les épaules juxtaposées au rebord du matelas; la tête se trouvant ainsi en contre-bas, il est absolument impossible aux mucosités buccales de s'écouler vers la plaie; mais en cela seulement se résument toutes les modifications innovées par l'auteur allemand, et il nous est agréable de signaler avec AUDIBERT, de Bordeaux, et BÉRARD, SARGNON et BESSIÈRE, de Lyon, que s'il a essayé de s'attribuer le bénéfice de la suture du pharynx, tout l'honneur en revient à MOURE, car si BARDENHAUER a publié son procédé en 1890, les cliniques de MOURE sur le même sujet, faites en avril de la même année, avaient été écrites l'année précédente.

En quelques mots, voici, résumé, l'acte opératoire destiné à suturer le pharynx pour mieux réparer cet organe de la trachée. On isole d'abord la paroi antérieure de l'œsophage d'une part et de la muqueuse sous-jacente à la base de la langue d'autre part, aussi loin que cela soit possible; ensuite, on suture, après avivement, les tissus, dès que la tumeur a été extirpée.

Ce procédé, simple et élégant, constitue un très grand perfectionnement à l'acte opératoire car il remédie à l'infection consécutive en même temps qu'il peut parfois permettre au malade de déglutir sans sonde; avantage énorme quand on songe à toutes les difficultés que soulève l'emploi d'une

sonde œsophagienne. « La suture de la paroi antérieure de l'œsophage, dit MOURE, sera pratiquée à la partie inférieure de la membrane thyro-hyoïdienne ou, si l'os hyoïde avait été enlevé, à la lèvre inférieure de la plaie faite à la base de la langue, comme le conseille le Docteur LANDE, de manière à avoir une réunion immédiate par première intention. Ce dernier procédé offre le seul inconvénient d'empêcher la prothèse laryngienne essayée par quelques auteurs ».

Depuis, de nouveaux et intéressants apports ont été faits par LE BEC, RÉAL, SÉBILEAU et LOMBARD, qui opèrent en deux temps, par GLUCK et DURANTI, qui ont créé de nouvelles méthodes et, enfin, notre Maître, toujours en quête de nouveaux et ingénieux perfectionnements, vient, en collaboration avec son Chef de Clinique, le Docteur PORTMANN, de mettre la dernière main à la technique opératoire de la laryngectomie. Qu'il me soit permis de résumer ses vues et de mettre en lumière les modifications importantes qu'il vient de déterminer dans cette voie.

Et maintenant, du résumé rapide de cet historique, nous dégageons une chose essentielle ; c'est la préoccupation qu'ont toujours eu les chirurgiens de déterminer une rapide et solide restauration des voies digestives supérieures et le soin qu'ils ont apporté à y remédier par différents procédés opératoires, lesquels d'ailleurs entraînent fréquemment par leur incomplète efficacité à des interventions secondaires.

Nous étudierons donc ici, tout d'abord rapidement, ce qu'est une laryngectomie totale dans le service du Professeur MOURE

Nous étendant ensuite davantage sur les différents procédés de restauration des voies pharyngo-œsophagiennes aussitôt après l'extirpation du larynx.

Puis nous décrirons les suites opératoires, ce que devient la plaie et ce que deviennent les sutures sous l'effet de différentes actions.

Et puisque, somme toute, nous ne trouverons pas là de résultats bien satisfaisants, nous rechercherons un remède aux accidents rencontrés et nous décrirons les procédés en usage dans le service pour ces sortes de restaurations secondaires.

Enfin, pour illustrer ces diverses considérations, nous y adjoindrons un certain nombre d'observations dues, pour la plupart, à l'obligeance de notre Maître.

CHAPITRE PREMIER

Technique opératoire de la laryngectomie.

Adoptée actuellement dans le service du Professeur MOURE.

Le malade étendu dans le décubitus dorsal, la région cervicale antérieure bombant grâce à un drap roulé glissé sous les épaules, on s'occupe de l'anesthésie. Cette anesthésie sera toujours locale et faite au moyen d'un des succédanés de la novocaïne auquel on adjoindra la solution d'adrénaline au millième, à raison d'une goutte par 5^{ème}.

Cette anesthésie s'opère par infiltration des tissus en avant, en arrière et de chaque côté de l'organe vocal. Les régions antérieures et postérieures sont injectées sur une longueur d'environ 15 centimètres; dans le sens transversal, il est préférable de créer une zone d'anesthésie d'une étendue plus que double de la première, afin de pouvoir tailler sans douleur un large lambeau cutané; les deux nerfs laryngés supérieurs seront également insensibilisés.

Le Professeur MOURE, dans l'exposé de sa technique, divise l'opération elle-même en neuf temps.

1^{er} temps. — Dès le début de l'opération, une amélioration importante et dont nous aurons maintes fois l'occasion de reparler ici à propos des autoplasties, est introduite par le Professeur MOURE. Jusqu'à ce jour, la paroi antérieure de la région cervicale était ouverte par une incision en H renversé, deux volets symétriques par rapport à une ligne d'incision médiane allant de l'os hyoïde aux premiers

anneaux de la trachée, pivotaient sur deux charnières latérales.

Actuellement, il n'est plus taillé qu'un seul lambeau, grâce à la disposition des incisions. La verticale, en effet, se trouve être reportée sur le côté droit ou gauche, selon que le chirurgien se place à droite ou à gauche, et elle se trouve réunir à angle droit les deux incisions horizontales, lesquelles se trouvent toujours respectivement situées l'une au bord inférieur de l'os hyoïde, l'autre au niveau du premier anneau de la trachée.

2^{me} temps. — Le volet une fois relevé, la face antérieure de l'organe vocal est mise à nu ainsi que les divers muscles qui l'entourent et l'on commence à libérer le larynx dans ses parties antérieures et latérales, pour cela, tout le paquet des muscles antérieurs est sectionné et séparé du cartilage thyroïdien, ce qui permet de découvrir et de pincer le pédicule vasculo-nerveux. L'index introduit entre l'organe et la musculature périphérique est glissé de proche en proche jusqu'au pédicule vasculo-nerveux inférieur que l'on pince. Il est alors procédé de même pour le côté opposé. Les lames thyroïdiennes, le cricoïde et le premier anneau de la trachée sont ensuite insensiblement dégagés, le larynx ne tient plus que par sa partie postérieure.

3^{me} temps. — On passe tout d'abord un fil au travers de la trachée, au niveau du second espace inter-annulaire de façon à soutenir la trachée dans le médiastin antérieur, puis on sectionne le conduit au ras du bord inférieur de l'anneau cricoïdien.

4^{me} temps. — C'est là un temps assez délicat, car le larynx et l'œsophage sont en ce point intimement unis alors même qu'il n'y a pas encore d'adhérences néoplasiques. Le mieux est d'introduire l'index dans l'anneau cricoïdien et d'exercer sur lui une traction en avant, d'un léger coup de bistouri on amorce le décollement que l'on poursuit sans

à-coups jusqu'au dessus des aryténoïdes, les cornes du cartilage thyroïde sont alors successivement dégagées.

5^{me} temps. — Le larynx n'est plus soutenu que par ses insertions supérieures; c'est la section de ces insertions supérieures, c'est-à-dire des parois pharyngiennes, sur les côtés, de la membrane thyro-hyoïdienne, en avant, qui constitue ce temps opératoire. Ici, deux cas se présenteront suivant que l'on extirpera ou non l'épiglotte; dans le premier cas, l'incision rasera le bord inférieur de l'os hyoïde, dans le second elle rasera le bord supérieur du cartilage thyroïde. Au moment où la disjonction commence entre le larynx et l'œsophage, on introduit une forte canule dans l'orifice béant de la trachée, puis une compresse est tassée au dessus d'elle de façon à absorber ou tout au moins à dévier le cours du sang ou de la salive issu de la plaie.

6^{me} temps. — On lie au catgut par transfixion les quatre pédicules repérés par des pinces.

7^{me} temps. — C'est le stade de la réfection de la paroi pharyngo-œsophagienne, nous allons nous en occuper dans le chapitre suivant et passer en revue les divers procédés qui ont été parfois employés dans ce but.

Les deux derniers temps correspondront aussi à la fermeture de la brèche opératoire et seront également étudiés à part.

CHAPITRE II

Fermeture de la brèche opératoire.

Lorsqu'on a terminé l'ablation de l'organe vocal, on se trouve en présence d'un vaste délabrement s'étendant sur une largeur de vingt-cinq centimètres, une hauteur de quinze et une profondeur de quatre environ.

La fermeture de la brèche opératoire comportera deux temps essentiellement distincts : le premier, le plus important et sans contredit le plus délicat, est la fermeture de la plaie déterminée par l'ouverture presque constante d'ailleurs du plan antérieur de l'œsophage. Nous le qualifierons d'autoplastie primitive, par opposition à l'autoplastie secondaire dont nous verrons plus loin la fréquente nécessité.

Le second temps de cette restauration comportera le rapprochement des plaies musculaires écartées au cours de l'extirpation et enfin la suture du vaste volet quadrangulaire déterminé par l'incision d'attaque, volet taillé dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Nous étudierons donc ici, successivement, les autoplasties primitives de l'œsophage, puis la reconstitution de la paroi cutanée de la région pré-laryngée.

1° Autoplasties primitives de l'œsophage.

Le pharynx étant en communication directe avec la trachée il est de toute évidence que si l'on n'y met pas d'obstacles, les sécrétions buccales vont s'introduire librement dans les voies respiratoires.

Et nous savons que la cavité buccale est habitée avec une prédilection marquée par une quantité considérable de micro-organismes saprophytes qui en présence d'une muqueuse intacte n'ont pas d'action pyogène, mais en présence au contraire de surfaces cruentées deviennent rapidement la cause de tout un tas d'accidents septiques. Il n'est donc pas douteux que la cavité buccale, par sa présence dans le voisinage immédiat de la plaie soit une grosse menace d'infection et elle est d'autant plus à redouter que sa présence est constante. C'est MOURE, d'abord, BARDENHAUER, ensuite, qui ayant été frappés par les effets désastreux que ce voisinage déterminait consécutivement à l'extirpation du larynx, proposèrent de reconstruire la paroi antérieure de la cavité pharyngée, dressant ainsi une cloison entre les voies respiratoire d'une part et les voies digestives de l'autre. BARDENHAUER obtint par ce moyen sur cinq laryngectomies, quatre guérisons opératoires dans les années qui suivirent l'application de cette nouvelle technique. Notre maître, sur 31 malades opérés depuis 1913 n'a eu à déplorer qu'un décès survenu quatre jours après l'intervention; c'est là un résultat magnifique si l'on songe qu'en 1890 les statistiques accusaient une mortalité opératoire de 90 à 95 %. Si ce résultat est dû à toutes les améliorations qui n'ont cessé d'être apportées à la technique jusqu'à ce jour, il n'est pas douteux que la reconstitution du plan antérieur de l'œsophage y ait contribué pour beaucoup.

On réalise ce cloisonnement par la formation de barrières cutanéomuqueuses dont la forme et la disposition varient avec la nature et l'importance de l'opération.

Plusieurs procédés seront usités suivant que les parois œsophagiennes auront conservé ou non, à peu près complètement leur intégrité.

Nous avons dit comment le Professeur MOURE avait été le premier à préconiser la fermeture du pharynx pour éviter toute infection et fistulisation, c'est donc par son procédé

que nous commencerons la série des divers modes opératoires adoptés par les différents auteurs. Son procédé s'adressant particulièrement aux cas où l'intégrité des parois pharyngo-œsophagiennes est à peu près complète.

Procédé de Moure.

Il a été, comme nous l'avons déjà noté, décrit à tort sous le nom de procédé de BARDENHAUER.

Le larynx enlevé, le pharynx est refermé par suture de la paroi antérieure de l'œsophage en bas, et en haut de ses bords à la base de la langue.

Lorsque la base de l'épiglotte n'est pas envahie par le néoplasme il y a toujours un grand intérêt à la garder, car elle servira de lambeau pour la réfection de la paroi antérieure du pharynx.

Dans ce but, il n'y aura qu'à la faire pivoter sur sa base d'implantation d'un angle de 180°, son extrémité supérieure viendra ainsi se mettre en contact avec l'orifice supérieur de l'œsophage.

Si l'épiglotte a été enlevée, la brèche pharyngienne se trouve être beaucoup plus grande, et l'on se trouve en présence d'un intervalle important entre la base de la langue et la paroi antérieure de l'œsophage.

MOURE conseille, dans le but de restaurer le conduit pharyngo-œsophagien, de suturer la muqueuse bord à bord, en l'inversant en dedans.

Toutes ces sutures qui jusqu'à ce jour étaient faites uniquement avec des fils de soie que l'on laissait sortir par l'un des points de la brèche cutanée dans le but de faciliter le drainage seraient peut être remplacées d'une façon avantageuse soit par des catguts chromés, soit par des tendons de renne qui ont la propriété de se résorber à la longue, mais beaucoup plus lentement que le catgut ordinaire. On opère le rapprochement des lèvres de la muqueuse aux points séparés ou par un surjet, il est en outre recommandé

de ne pas la perforer de part en part, cela dans le but de diminuer encore les risques de fistulisation consécutive.

Enfin, avant de terminer la fermeture complète, on introduit la sonde qui devra servir plus tard à l'alimentation, on la glisse par la fosse nasale gauche, puis on termine la réunion.

Mais, comme nous l'avons vu, ce procédé nécessite pour être réalisable, la persistance de lambeaux suffisants : ce n'est pas toujours le cas, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur ayant envahi à un égal degré la paroi laryngée postérieure et les parois œsophagiennes antérieure et latérale ; alors il faut faire appel aux procédés qui consistent à emprunter des lambeaux cutanés à la peau des régions voisines.

Restauration du pharynx à l'aide de lambeaux sous-mentonniers.

La peau du menton peut être utilisée lorsque du pharynx préexistant, il ne subsiste plus qu'une assez faible partie.

Voici comment il est recommandé de procéder. Immédiatement au-dessus de l'os hyoïde, on taille deux lambeaux rectangulaires ayant leur base d'implantation au niveau de cet os et se terminant sous le maxillaire inférieur ; puis ces lambeaux sont rabattus de telle façon que leur surface cutanée soit en dedans et la face cruentée en dehors. Le bord externe du lambeau droit est uni au bord droit du fragment existant de la muqueuse pharyngo-œsophagienne. Le bord externe du lambeau gauche est uni au bord correspondant de la muqueuse subsistante. Quant au bord inférieur de chacun des lambeaux, il est suturé au bord supérieur de l'œsophage. On termine la reconstitution du conduit par la suture du bord interne des lambeaux, il ne reste plus qu'à reconstruire la paroi cutanée du cou, d'une part, en rabattant le lambeau de peau découpé par la plaie opératoire et en le suturant sur la ligne d'incision ; d'autre

part, en comblant les deux rectangles sous-mentonniers, correspondant aux lambeaux prélevés, par simple rapprochement et suture des bords de la plaie.

Reconstitution par l'invagination d'un lambeau latéral de la peau du cou.

Lorsqu'il ne reste, le long de la colonne vertébrale qu'une simple bandelette de muqueuse œsophagienne, presque toute en longueur et n'ayant qu'un centimètre à peine de largeur, on pratique une incision cutanée médiane et à chacune de ses extrémités, une incision transversale de un centimètre et demi. On obtient ainsi deux lambeaux de chaque côté, le bord libre de chacun d'eux est tiré vers l'intérieur et uni sur toute sa hauteur au côté correspondant de la muqueuse réduite à l'état de bandelette. Puis, on introduit une sonde par le nez. Cette sonde pénètre dans l'œsophage et est poussée jusque dans l'estomac; dès qu'elle est en place, on adosse et on suture entre elles les deux parois cutanées et ainsi, d'une façon très élégante, se trouve reconstituée la paroi œsophagienne, en même temps que comblée la plaie opératoire.

Réfection totale par lambeau cervical.

Lorsque la face antérieure de la colonne vertébrale correspondant à la région antérieurement occupée par le larynx et le pharynx est recouverte d'une paroi cutanée constituant une gouttière, il est indiqué d'employer ce procédé.

Pour cela, on avive la demi-circonférence pharyngée correspondant à la base de la langue et l'on sépare soigneusement la muqueuse de la peau.

On opère de même pour la demi-circonférence antérieure de l'orifice œsophagien.

Le long d'un des bords latéraux de la gouttière et sur toute sa hauteur, on pratique une incision dont on sépare

les deux lèvres. L'autre bord de la gouttière servira de charnière à un lambeau rectangulaire disséqué de l'autre côté du cou et dont les dimensions seront établies d'après l'étendue du segment pharyngien à reconstituer. Le lambeau disséqué est rabattu face cutanée en dedans de façon à transformer la gouttière en canal.

Les trois bords du lambeau sont suturés : le supérieur, horizontal, à la muqueuse de la demi-circonférence pharyngée, l'inférieur à la demi-circonférence de la muqueuse œsophagienne, le vertical à la lèvre interne de l'incision cutanée pratiquée sur le bord opposé de la gouttière.

On recouvre ensuite la vaste surface cruentée résultant du prélèvement du lambeau et de son rabattement, en se servant d'un autre lambeau horizontal prélevé sous le maxillaire inférieur et à pédicule médian.

On donne ensuite une position verticale à ce lambeau en le faisant tourner de 45°.

Enfin, pour combler la plaie résultant du prélèvement de ce second lambeau, on opère un simple rapprochement de ses lèvres.

Et maintenant, avant de terminer l'exposé de ces divers procédés, une remarque s'impose au sujet de ceux-mêmes qui comportent une restauration par lambeau cutané, c'est à propos de la question des poils. On est en droit de se demander, en effet, ce que deviennent les poils qui couvrent la surface de la peau cervicale lorsque celle-ci se trouve être retournée en dedans ; car bien entendu il ne faut pas songer à les faire disparaître préalablement par les rayons X cela pourrait déterminer des inconvénients bien plus sérieux encore que ceux que GLUCK avait signalés, inconvénients d'ailleurs assez problématiques si l'on songe que longtemps après l'opération, dans les cas qui l'ont permis par leur réussite, on a rarement eu à constater la présence de poils, de kystes pileux ou sébacés par un examen œsophagoscopique, au niveau de la ligne de suture. Sans doute, la loi de WALDEYER dit bien qu'une muqueuse reste mu-

queuse, que la peau reste la peau, mais si l'on a jamais vu une extrophie vésicale ou la muqueuse d'un col utérin se cutaniser, du moins y a-t-il une certaine réduction, adaptation dans l'ordre histologique de leurs formations. Les organes qui n'ont plus de fonction finissent par s'atrophier et disparaître. Pour les poils de ce lambeau qui ne fait plus fonction de peau, il doit en être de même.

2° Reconstruction de la paroi cutanée pré-laryngée.

Avant de procéder à la restauration de la région pré-laryngée, il sera indispensable de procéder à un nettoyage parfait de la plaie en l'ébarbant de tous les fragments de muscles sous-hyoïdiens sectionnés ou dilacérés durant l'intervention.

On se trouvera ainsi en présence d'une brèche presque essentiellement cutanée, délimitée de part et d'autre par le muscle sterno-mastoïdien et la gaine des vaisseaux et au milieu par la paroi pharyngo-œsophagienne antérieure.

Avant de rabattre le lambeau cutané, qui, nous l'avons déjà indiqué est toujours unique selon la dernière technique adoptée par le Professeur MOURE, la zone environnant le pédicule inférieur du côté de la charnière du lambeau est bourrée avec une mèche de gaze iodoformée dont l'extrémité fera issue à l'angle correspondant de la brèche quadrangulaire.

C'est à ce moment que l'on va s'occuper de constituer une bouche artificielle aux voies aériennes. Dans ce but la canule préalablement placée au cours de l'opération est momentanément retirée, la trachée très légèrement décollée en arrière, puis on suture son bord postérieur au bord inférieur du lambeau, son bord antérieur au bord inférieur de l'incision horizontale inférieure. Ainsi se trouve constituée autour de l'orifice trachéal une collerette cutanée d'une homogénéité de beaucoup supérieure à celle que l'on obtient après les incisions à deux lambeaux.

Puis avant de suturer les divers bords du lambeau quadrangulaire, on introduit au voisinage des trois pédicules subsistants, une mèche de gaze iodoformée, la plaie se trouvera ainsi drainée d'une façon suffisante par une mèche profonde à chacun de ses angles. Enfin, on place sept à huit points séparés au crin de Florence sur chacune des faces à suturer, on replace une forte canule de Lombard dans l'ouverture trachéale et l'intervention se termine alors par un pansement occlusif que l'on aura soin de faire serrer suffisamment.

On a tout intérêt à employer au moment de l'incision opératoire, le procédé à lambeau unique. En effet, avec le procédé à double lambeau, la ligne d'incision cutanée se trouve superposée à la ligne de suture œsophagienne et surplombe ainsi la brèche trachéale ; qu'il se produise donc cette disjonction si fréquente de la suture œsophagienne supérieure et elle infectera sur toute sa hauteur, la suture cutanée médiane, contribuant ainsi à augmenter sa désunion. Avec le procédé à lambeau unique, au moment de la suture, l'incision verticale se trouve rapportée sur la partie latérale du cou et par conséquent est moins exposée à l'infection.

Il peut arriver, d'ailleurs, qu'il se produise du sphacèle d'une partie du lambeau, cela n'a rien de bien inquiétant. En effet, une fois la cicatrisation terminée, il serait facile de combler le déficit cutané peu considérable d'ailleurs par une plastique ultérieure.

Avant de terminer ce chapitre consacré au manuel opératoire, nous remarquerons qu'avec les dernières modifications apportées par MOURE, les inconvénients du procédé en un temps qui avaient fait adopter par un certain nombre de chirurgiens et par lui-même la trachéotomie préalable, paraissent diminués d'une façon considérable.

Aussi, le Professeur MOURE est-il décidé maintenant à opérer désormais en un seul temps, l'intervention et par suite le choc opératoire ne faisant pas courir au malade le risque d'une double intervention.

CHAPITRE III

Les suites opératoires.

Résultats de l'autoplastie primitive.

L'œsophagoplastie terminée et avant même que les plaies soient en voie de cicatrisation, il faudra s'inquiéter d'alimenter le malade et c'est là une question fort embarrassante. MACKENZIE rapporte dans son travail intitulé : « La dernière maladie de l'empereur Frédéric le Noble » que celui-ci l'ayant fait mander en toute hâte à San-Remo, il lui répondit que « cette opération offrait peu de chance de succès et que les conditions de l'existence après qu'elle aurait été pratiquée, deviendraient des plus pénibles ». — « En effet, poursuivait-il, non sans quelque amertume, le malade est presque complètement rejeté en dehors de la société de ses semblables et il doit se nourrir d'une façon si difficile, que la suffocation est constamment à craindre et que la mort arrive fréquemment par suite d'inanition ».

Quelques mois plus tard, Frédéric, que ce petit discours n'avait pas encouragé à se livrer au couteau de MACKENZIE, mourait des suites de son mal.

En présence d'aussi grandes difficultés déterminées par l'arrivée dans la plaie de liquides alimentaires, on chercha divers moyens d'y remédier.

Certains subviennent à l'alimentation de l'opéré en employant la voie rectale, mais au bout de peu de jours, il se produit une telle irritation de l'intestin qu'il est inutile de songer à continuer ce mode de nutrition. Néanmoins, cela permet généralement d'attendre que les premiers

bourgeons charnus aient fait leur apparition au niveau des sutures et qu'il soit possible de placer avec moins de risques d'inflammation de la plaie opératoire, la sonde nasale à demeure.

Comme nous l'avons vu à la suite de la réfection de la paroi antérieure de l'œsophage et du pharynx, une séparation complète existe avec l'appareil respiratoire à ce niveau. Mais il se produit fréquemment que la déglutition soit douloureuse et que la série des traumatismes légers déterminés par le passage des aliments, finisse par amener quelque fistulisation.

C'est ce qui avait conduit, en France surtout (JACQUES, MOURE, SÉBILEAU) à introduire une sonde nasale à demeure.

Certains ne sont pas de cet avis et préfèrent alimenter leurs malades par une sonde placée au moment même des repas; mais ce procédé, plus que tout autre, semble fait pour déterminer à un moment donné, des « fausses routes » et par la suite des fistules.

Dans les *Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx* (Octobre 1903) LE BEC nous rapporte qu'il alimentait depuis six jours un de ses opérés à l'aide d'une sonde nasale lorsque le malade se mit à l'enlever et à la replacer lui-même à chacun de ses repas. Seulement, LE BEC ajoute, que quatre jours après une fistule laissant passer aliments et salive fut constatée par son interne.

Cette fausse route qui aurait été aussi bien déterminée peut-être par une main plus expérimentée est un cas entre tant d'autres dus à la sonde intermittente.

Au début de la période post-opératoire, il est en effet fréquent de voir sauter quelques points de la cloison interpharyngo-œsophagienne, c'est par ce point que la sonde pénètre dans les voies aériennes; non seulement une fistule sera ainsi produite, mais encore des vomissements déterminés par l'excitation réflexe du diaphragme, provoquant une pneumonie d'origine alimentaire.

WASSERMANN, dans ses statistiques, signale trois cas de mort par fausse route de la sonde œsophagienne placée d'une façon intermittente.

DESGOUTTES, de Lyon, a eu un cas de mort par inondation alimentaire. Et PINÇONNAT a eu également à déplorer la perte d'un de ses opérés après introduction de lait dans les voies respiratoires.

Dans une thèse récente, CRISTOFLE signale que HELPERICH, KOCHER, VON HACKER et JACOD ayant vu à maintes reprises la sonde œsophagienne déterminer des complications post-opératoires, ont pratiqué dans plusieurs cas et avant même que d'opérer la laryngectomie, une gastrostomie permettant d'alimenter le malade par introduction directe dans la poche gastrique de lait, de crèmes, de chocolat, de jaunes d'œufs, le mélange devant être liquide et donné à raison de 300 gr. par ration.

Mais il ne faut pas oublier que la gastrostomie est une opération qui entraîne malgré l'emploi de l'anesthésie locale qui constitue un sérieux progrès, une mortalité de 2,6 %.

Sans doute, nous devons reconnaître avec CRISTOFLE que c'est là un pourcentage assez faible, mais il n'en reste pas moins que cette intervention préliminaire est de nature à diminuer beaucoup la valeur d'un malade auquel on se propose de pratiquer les jours suivants, une opération très importante et très traumatisante au niveau du carrefour aéro-digestif.

Le Professeur SÉBILEAU, qui a pratiqué un grand nombre de laryngectomies, de pharyngotomies et de pharyngectomies n'adopte pas cette méthode et cela parce qu'il constate « que la présence dans les fosses nasales, le pharynx et le haut de l'œsophage, d'une petite sonde molle en caoutchouc vulcanisé, après les opérations pharyngo-laryngées qui sont ici en cause, n'est jamais suivi d'aucun trouble ». — « Cette sonde est parfaitement tolérée, elle ne fait pas souffrir le malade, elle ne provoque ni reflexe de déglutition, ni reflexe de toux. Je la crois incapable de faire le plus petit

mal et d'aggraver si peu que ce soit les suites opératoires », conclut le Professeur SÉBILEAU. D'autre part, notre Maître se déclare également tout à fait opposé à cette intervention supplémentaire.

Cette opération, somme toute importante, laisse en effet, malgré tout, le chirurgien dans l'impossibilité d'empêcher la salivation et la déglutition du malade. Or, rien que le fait d'avoir de la salive qui s'écoule dans l'œsophage suffit pour infecter la plaie et entraîner des accidents septiques qui doivent rester purement locaux.

D'ailleurs, MOLINIÉ rapporte que CASELLI, après avoir enlevé le pharynx, le larynx, la base de la langue et les parties molles du palais et des amygdales laissa une sonde œsophagienne à demeure pendant deux mois; puis qu'elle fut enlevée et remplacée par un mandrin conique en argent doré creux, légèrement recourbé et muni d'un trou pour le fixer avec un petit cordon.

Le malade introduisait tous les jours après souper ce mandrin dans l'embouchure supérieure de l'œsophage et l'enlevait après le premier repas du lendemain matin.

Il se forma ainsi un tube cicatriciel, mais jamais il ne produisit d'ulcérations et de fistules. On voit par là que les mandrins et à plus forte raison les sondes à demeure peuvent rester en place longtemps dans le conduit œsophagien, sans déterminer les accidents que certains semblent redouter dans leur emploi.

Bien plus, il apparaît que la sonde œsophagienne se trouve être encore la meilleure solution de cet important problème de la déglutition des matières alimentaires et salivaires, mais de ce qu'elle est la meilleure solution, il ne semble pas résulter qu'elle soit excellente; malgré tous les perfectionnements de la technique des pansements, on voit souvent au bout de peu de jours, les points de la suture œsophagienne se relâcher et des fistulisations s'établir.

Il faudra donc s'adresser à une intervention nouvelle pour remédier à ces sortes d'accidents.

CHAPITRE IV

Autoplasties secondaires.

Nous venons de voir que qu'elle ait été la méthode employée, soit en deux temps, soit en un temps, méthode actuellement usitée dans le service MOURE, la réunion ne se produisant pas *per primum* il y a lieu de faire par la suite, ce qui est habituellement plus ou moins complètement possible, une plastique pour réformer la paroi antérieure du pharynx.

Les matériaux qui entreront dans la formation de ces plastiques, seront presque essentiellement la muqueuse œsophagienne, et la peau avec son tissu cellulaire sous-cutané. Rarement, les muscles préaryngés et pharyngés entrent en ligne de compte.

En général, à la suite de la première tentative de restauration, la muqueuse œsophagienne s'est accolée aux tissus environnants, bien que les points établis dans le but de restaurer le conduit se soient relâchés. On pratique alors la séparation des tissus œsophagiens d'avec les tissus qui leur sont superposés, puis l'on suture le plan œsophagien aux points séparés, à la soie, en ayant soin de retourner la muqueuse en dedans.

Les deux lèvres du plan musculo-cutané, après avivement peuvent alors être directement affrontés, suturés aux crins de Florence.

Mais MOURE nous dit dans son « Traité de Pathologie de guerre du larynx et de la trachée », écrit en collaboration

avec G. LIEBAULT et G. CANUYT, que cela n'est pas aussi facile et qu'en général ce procédé si simple échoue dans la fermeture des fistules laryngo-trachéales, par suite des mucosités d'une part et de l'air septique d'autre part, qui viennent déterminer une infection rapide au niveau de la plaie, la faire suppurier et bientôt provoquer la disjonction des points de suture. Ceci est bien plus vrai encore, lorsqu'il s'agit d'une fistule œsophagienne, par où sont issues liquides alimentaires et mucosités buccales.

D'autre part, en se plaçant au point de vue de l'esthétique l'emplacement de l'ancien orifice se déprimant de plus en plus détermine quelque chose d'assez disgracieux et qui ressemble à peu de chose près à un nombril profondément rentré.

Et enfin, il n'est pas douteux que ce mode d'autoplastie en créant une cicatrice dans l'intérieur même de l'œsophage aurait pour premier effet de déterminer un rétrécissement plus ou moins considérable du calibre de ce conduit.

Deux procédés sont à envisager, celui de BERGER et celui de notre Maître :

1°) BERGER pratique de part et d'autre de la fistule deux incisions semi-elliptiques embrassant une surface tégumentaire assez considérable pour que, une fois rabattus et suturés sur la brèche les lambeaux ainsi déterminés puissent la recouvrir complètement.

On dissèque les lambeaux cutanés de la périphérie vers le centre jusqu'à ce qu'ils n'aient plus d'adhérences avec le pourtour de la fistule que par son bord interne qui va lui servir de charnière. A ce moment, en effet, on retourne le lambeau constituant une sorte de collerette de façon que l'épiderme se trouve tourné vers la trachée et la surface avivée reste en dehors, puis on suture bord à bord les deux lambeaux.

Mais comme une assez vaste perte de substances se trouve ainsi constituée, on taille de part et d'autre dans la zone d'autoplastie, deux vastes lambeaux qui sont affrontés

ensuite et suturés sur la ligne médiane par des points séparés aux crins de Florence.

2^o) Notre Maître a employé jusqu'à ce jour avec succès, le procédé à double lambeau dont on fait usage pour guérir l'hyspopadias.

Il commence à anesthésier la région par infiltration épidermique de novocaïne-adréraline, puis dissèque, tout autour de la fistule que l'on veut obturer, deux lambeaux cutanés en forme de volets que l'on applique ensuite l'un sur l'autre. Tout le fait essentiel de cette technique consiste en ce que des lambeaux, l'un soit rabattu face cutanée en dedans vers l'ouverture de la fistule, tandis que l'autre doit venir réparer complètement le déficit cutané ainsi produit, après glissement sur la face cruentée du premier.

MOURE, résume en cinq temps le manuel opératoire de ces autoplasties :

1^{er} temps. — On découpe le volet qui devra être rabattu. On incise la peau sur un des côtés de la fistule (par exemple à gauche) en commençant au-dessus de son bord supérieur en A et suivant une ligne AB menée horizontalement et d'une longueur variable en raison directe avec l'importance de cette fistule.

Puis l'on pratique une incision DC parallèle à AB et d'une longueur égale, en commençant un peu au-dessous du bord inférieur de la brèche à combler et l'on incise enfin, suivant une ligne verticale BC réunissant à angle droit l'extrémité des deux premières. Après avoir disséqué de dehors en dedans la surface ainsi délimitée, on se trouve ainsi en présence d'un lambeau rectangulaire dont on pourra se servir du quatrième côté comme charnière.

2^{me} temps. — On découpe le volet de couverture : du côté opposé de la fistule, on délimite un nouveau lambeau rectangulaire, d'une forme semblable au précédent, mais d'une longueur plus considérable, appelons-le EFGH. FG étant le côté interne et EH le côté externe, ce sera cette

fois-ci non pas le côté interne qui sera respecté par l'incision, mais bien le côté externe EH qui constituera le pédicule de ce nouveau lambeau dont la dissection se fera cette fois de l'intérieur vers l'extérieur.

3^{me} temps. — On libère les extrémités supérieures et inférieures de la fistule : afin que l'on ne se trouve pas en présence de certaines difficultés lorsqu'on voudra retourner et affronter les volets, il est bon, par l'incision d'une petite surface de peau triangulaire et à base adossée à la brèche, de libérer les extrémités supérieures et inférieures de la fistule.

4^{me} temps. — On oblitère la fistule : pour cela on fait tourner le volet à pédicule interne autour de son bord fixe pris comme charnière, de telle sorte que ce qui était primitivement la surface cutanée cervicale remplace le conduit œsophagien, regardant vers son intérieur et recouvrant en totalité la brèche, la face cruentée tournée vers l'extérieur. Pendant ce temps, on a soulevé légèrement le volet de recouvrement et il est alors facile de suturer, par des points intra-dermiques au catgut, la surface cruentée mise ainsi à jour.

5^{me} temps. — On applique le lambeau de couverture : on fait glisser par-dessus le volet précédent, le volet à pédicule externe, au moyen de légères et progressives tractions, jusqu'au moment où ayant recouvert toute la surface cruentée du premier lambeau, il le double à l'extérieur jusqu'au niveau de la branche de section verticale de celui-ci. La juxtaposition absolue est facilitée par la très grande élasticité des téguments à ce niveau et il ne reste plus qu'à établir des points de suture solides au crin de Florence, pour maintenir en bonne position le volet de couverture.

Il ne reste plus maintenant qu'à affronter, par un point de suture au-dessus et en dessous de la fistule, les encoches pratiquées dans le but de libérer les pôles de la brèche.

Nous remarquerons qu'il est de première nécessité : 1^o que

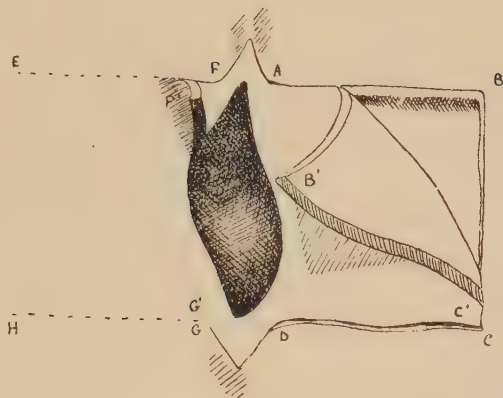


FIG. 1.

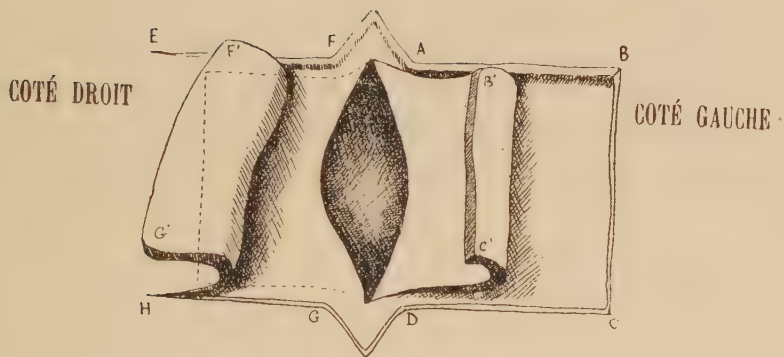


FIG. 2.

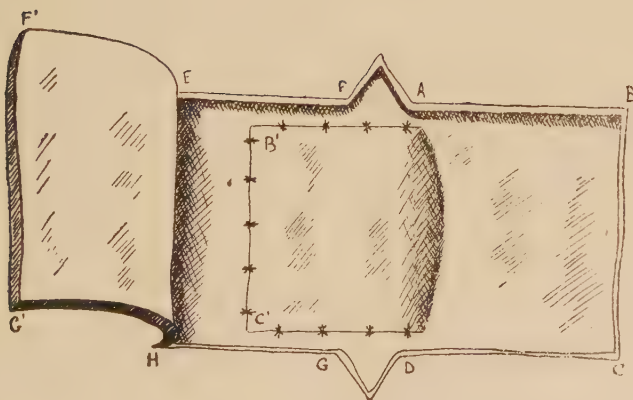


FIG. 3.

les volets aient une hauteur supérieure d'au moins deux centimètres à celle de la fistule ; 2° que le lambeau de recouvrement soit plus grand que celui de rabattement.

Comme des lambeaux largement pédiculisés ont une bonne nutrition, on assiste généralement dès la première tentative à une réunion presque complète. Dans le cas où les mucosités buccales auraient laissé persister un petit trajet fistuleux, on pourra obtenir la fermeture définitive de ce trajet capillaire par une cautérisation au galvano-cautère ou un avivement.

Cette technique réalise un mode parfait d'autoplastie œsophagienne secondaire, elle réalise en outre la continuité parfaite des téguments dans la région antérieure du cou. En outre, elle ne rétrécit aucunement le conduit œsophagien. Elle peut donc être considérée comme idéale, non seulement parce qu'elle oblitère parfaitement et rapidement la fistule, mais encore parce qu'elle donne un résultat esthétique intéressant, en supprimant toute déformation apparente.

CHAPITRE V

Observations.

Les observations de laryngectomie totale que nous allons présenter ici sont au nombre de huit. Elles ont toutes été prises dans le service du Professeur MOURE, pour la plupart inédites, nous les devons à notre Maître.

Tous ces malades ont présenté des fistules œsophagiennes, ils ont tous été traités par l'œsophagoplastie secondaire. Nous verrons que le procédé à double lambeau est encore celui qui donne les résultats les plus satisfaisants et qu'il a parfaitement et rapidement réussi, chaque fois qu'il a été employé.

Nous verrons que, dans les observations I, II, III, IV, V, si les suites opératoires ont été aussi satisfaisantes que possible, il peut leur être reproché d'avoir quelque peu traîné en longueur ; en rapprochant cette constatation du fait que ces laryngectomies ont toutes débuté par une incision à double lambeau, il nous est permis de penser que les accidents septiques, la suppuration des sutures et le sphacèle sont déterminés bien souvent par le seul fait de la jonction médiane des deux lambeaux.

Par contre, dans les observations VII et VIII, nous verrons que, grâce à la mise en œuvre du lambeau unique, des résultats bien meilleurs et encore plus rapides ont été obtenus.

De l'observation VI nous ne dégagerons pas grand'chose, si ce n'est la notion du danger qu'est toujours susceptible de faire courir à un opéré, déjà débilité, une infection surajoutée quelconque et, en particulier, l'invasion bacillaire.

OBSERVATION I

D.... Raymond, 55 ans. Charretier.

Le malade entre à l'hôpital le 15 Mai 1914 parce qu'il éprouve, depuis un an, une difficulté à parler et à respirer, et cette gêne augmente progressivement.

L'examen extérieur n'indique rien de particulier. A l'examen laryngoscopique, on constate une infiltration de la bande ventriculaire droite et de la corde vocale correspondante, et l'on remarque que la région sous-glottique est légèrement bourgeonnante.

Le repli et l'aryténoïde ne sont pas infiltrés, le côté droit du larynx est tuméfié, bosselé et douloureux.

Une biopsie est faite et démontre la présence d'un épithélioma parimenteux lobulé.

Le 18 Mai 1914, on fait une laryngectomie partielle. On enlève la tumeur insérée dans la corde vocale droite; le cartilage semble envahi profondément. On fait une cautérisation au galvano-cautère. On place une canule pour 24 heures. On ne suture pas, la lame droite étant en partie enlevée.

Dès le lendemain, on enlève mèche et canule. Trois jours après, on constate que la plaie va bien, mais elle a peu de tendance à se fermer et il s'est même formé une fistule. Celle-ci, cependant, finit par s'oblitérer d'elle-même et le malade peut sortir le 27 Juin. Mais, le 21 Juillet, il doit à nouveau entrer à l'hôpital, le malade éprouvant une gêne respiratoire encore plus considérable que la première fois.

Le 24 Juillet, on fait une trachéotomie et, dans les jours suivants, il y a un peu de suppuration et de température. Lorsque tout cela est rentré dans l'ordre, on décide d'intervenir largement et, le 9 Août 1915, on pratique la *Laryngectomie totale*. Après l'anesthésie locale à la novocaïne adrénalisée, on pratique une incision en T, puis on énuclée le larynx en le séparant de la trachée par section au-dessous du cartilage cricoïde, en l'écartant des masses latérales et en le décollant en arrière du plan antérieur de l'œsophage. Le délabrement œsophago-pharyngien ensuite comblé par suture avec des fils de soie que l'on laisse passer par l'ouverture supérieure. Et, enfin, après mise en place de mèches iodoformées, on réunit les plans superficiels aux crins de Florence.

L'opération se passe d'une façon normale.

Suites opératoires : le soir de l'opération se passe très calme.

Le 10 Août, le malade est agité, il a 39°2 de température, son pansement étant souillé est refait, la plaie est en bon état. Mais le malade se trouvant gêné pour respirer, à cause de la canule de Lombard qui est trop courte, on place un n° 5 ordinaire.

Le 11 Août, le pansement est refait, on enlève une partie de la mèche, la plaie va bien, mais bien que l'auscultation ne révèle rien, la température est à 38°8 le matin, 39°4 le soir, le pouls est rapide et le malade urine peu.

Le 12 Août, le malade a passé une très bonne nuit, on enlève la mèche.

Le 13 Août, on refait le pansement, l'on remet la mèche, la température baisse un peu.

Le 14 Août, comme il y a un peu de sphacèle à l'arrière de la plaie, on la désunit à la partie supérieure, on place une mèche imbibée d'eau salée et l'on se met en devoir de renouveler les pansements trois fois par jour. Il y a eu formation d'une fistule.

Le 15 Août, le malade présente une température de 39°8. On enlève toutes les parties sphacélées et, dans les jours suivants, la plaie très propre, va bien, la température baisse, l'état général du malade est excellent et il s'alimente avec appétit. A signaler seulement un peu de diarrhée.

Le 30 Août, on ne constate plus de sphacèles, la température du soir est de 37°5.

Le 1^{er} Septembre, l'opéré continue d'aller bien, on enlève quelques bourgeons au niveau de la canule.

Le 3 Septembre, le malade a eu un peu de diarrhée dans la nuit, on touche la plaie inférieure au chlorure de zinc.

Le 5 Septembre, l'état général est excellent, le sphacèle a complètement disparu.

Le 15 Septembre, on lève le malade pendant 2 heures.

Mais, comme malgré l'excellent état de la plaie il demeure toujours une petite fistule, le Professeur MOURE décide de l'obturer sous peu.

Le 25 Septembre, on pratique une pharyngoplastie. Après une bonne anesthésie à la novocaïne adrénalisée, les deux lèvres œsophagiennes sont tout d'abord décollées, puis suturées bord à bord au catgut en les inversant en dedans et, enfin, la paroi cervicale pré-laryngée est solidement reconstituée en avant de la suture œsophagienne par la méthode à double lambeau : on taille de part et d'autre de la fistule à combler, d'abord un premier lambeau à pédicule interne que l'on rabat, puis, du côté opposé, un second lambeau plus vaste à pédicule externe que l'on soulève pour glisser

sous lui le premier que l'on suture sur la surface cruentée ainsi mise à jour. Puis, par traction et glissement, on amène le second lambeau à recouvrir la vaste surface avivée qui est à peu près double de celle du premier lambeau puisqu'elle est constituée par sa surface plus celle de son rabattement. Cette petite intervention est menée rapidement et sans le moindre incident.

Le 28 Septembre, on constate un peu de sphacèle, mais très superficiel.

Le 3 Octobre, la température est normale, il n'y a plus de sphacèle, la plaie a bon aspect, on enlève les crins.

Le 10 Octobre, on enlève la sonde œsophagienne.

Le 11 Octobre, le malade commence à se lever.

Le 29 Octobre, l'opéré allant tout à fait bien est exéaté.

Il a été revu un mois après en parfait état de santé.

Cette observation montre les bons résultats des autoplasties secondaires à double lambeau.

OBSERVATION II (Inédite.)

S.... Albert, 50 ans. Peintre.

Le 29 Juin 1921, le malade éprouvant une aphonie progressive depuis un mois et demi, se présente à la consultation. L'aphonie a débuté par de l'enrouement. Le malade éprouve quelques douleurs spontanées. La crépitation laryngée a disparu. Sur le côté gauche du larynx, on constate une dégénérescence gangréneuse, des tissus pâles et une immobilisation de l'arythénoïde correspondant.

Le 5 Juillet, le malade est hospitalisé pour biopsie et traitement.

Le 8 Juillet, la biopsie est pratiquée par le Docteur PORTMANN et révèle un épithélioma pavimenteux lobulé. La *Laryngectomie totale* est décidée.

Le 28 Juillet, le Professeur MOURE opère le malade. Il taille un lambeau quadrangulaire et découvre la tumeur. Celle-ci ayant débordé sur l'œsophage et nécessitant la résection de sa partie supérieure, une brèche assez considérable se trouve être constituée. L'ablation terminée, les sutures sont faites à la soie. Il faut noter qu'au début de l'intervention l'anesthésie paraît avoir fatigué le malade qui présente des troubles asphyxiques, que l'on a été obligé de pratiquer immédiatement la dénudation et l'incision

de la trachée et que celle-ci a été maintenue ouverte par un dilateur remplacé ensuite par la canule.

Suites opératoires :

Le 28 Juillet au soir, la température est de 38°3.

Le 29 Juillet, l'état général est bon, le malade a pu reposer au cours de la nuit, la température est de 38°5.

Le 30 Juillet, le Professeur MOURE pratique le premier pansement, la plaie est en bon état.

Le 31 Juillet, on enlève la moitié de la mèche latérale droite, la température est de 38°8.

Le 1^{er} Août, on change les mèches et il est permis de constater que le sphacèle est peu étendu.

Le 2 Août, une fistule œsophagienne se montre, un point ayant lâché.

Le 3 Août, la suture œsophagienne lâche sur une bonne partie de sa longueur.

Le 5 Août, une large communication s'est établie avec la trachée, il y a peu de sphacèle.

Le 6 Août, le sphacèle est presque éliminé en entier, la plaie a bon aspect.

L'état général est bon, la température baisse à 37°8.

La plaie se désunit de plus en plus; en présence de cet accident, on pratique des pansements bi-quotidiens. Au bout de quelques jours, on constate qu'un pont de peau persistant à la partie supérieure annonce la réunion secondaire.

Le 15 Août, la désunion semble évitée.

Le 18 Août, le bourgeonnement commence, la brèche diminue sensiblement.

Le 23 Août, on constate que la suppuration persiste, mais la brèche diminue toujours.

Le 26 Août, la brèche a encore diminué.

Le 29 Août, la réparation continue. Et, dans les jours qui suivent, l'amélioration se fait encore sentir. On pratique des pansements fréquents.

Le 20 Septembre, la réparation semble se stabiliser. L'état général est bon.

Le 1^{er} Octobre, la fistulisation ne semblant pas pouvoir se fermer davantage, on décide une plastique.

Le 3 Octobre, le Professeur MOURE pratique la plastique sous anesthésie locale à la novocaïne adrénalisée.

On fait sauter le pont cutané à la partie inférieure, on décolle

une partie de la muqueuse œsophagienne. Le conduit œsophagien est mis à nu. On résèque les bords pour les aviver ; on les retourne ensuite sur eux-mêmes, la muqueuse en dedans, et on les suture ainsi à la soie. Les plans superficiels et cutanés, dont les bords sont avivés, sont ensuite suturés aux crins.

Le 23 Novembre, on constate qu'à la partie supérieure de la plastique trois points ont sauté dans un accès de toux, alors qu'on voulait introduire une canule plus large, laissant ainsi une brèche assez grande.

Le 26 Novembre, la brèche se consolide un peu, l'état général du malade est excellent.

Le 10 Décembre, sous l'action de pulvérisations quotidiennes d'eau bouillie, la brèche s'est presque comblée en entier.

Le 29 Décembre, le traitement par pulvérisation est continué.

Le 5 Janvier 1922, il persiste encore, malgré les pulvérisations, un petit orifice non comblé.

Le 8 Janvier, l'intervention chirurgicale est décidée pour fermer ce léger déficit.

Le 9 Janvier, le Docteur PORTMANN pratique une plastique du pharynx à double lambeau. Les tissus cicatriciels sont difficilement décollables ; malgré cette gêne la technique habituelle est pratiquée et l'on opère sous anesthésie locale à la novocaïne adrénalisée, la muqueuse est avivée et suturée à la soie, puis on taille un lambeau de rabattement à pédicule interne et un lambeau de recouvrement à pédicule externe qui sont suturés.

Le 10 Janvier, on constate que la nuit s'est passée très bonne, la température est à 37°2 le matin avec 94 pulsations radiales, le soir à 37°5 avec 88 pulsations.

Le 11 Janvier, la température prise le matin est de 36°9. Le Professeur MOURE fait le pansement et remarque une petite fistule à la partie supérieure du lambeau, donnant issue à la salive.

Le 12 Janvier, à partir de ce moment, on pratique des pansements bi-quotidiens avec pulvérisations une fois par jour de Dakin sur la plaie chirurgicale.

Le 14 Janvier, il y a un peu de sphacèle. Les pansements bi-quotidiens sont poursuivis. L'état général continue d'être bon. Le sphacèle a disparu, la cavité est comblée, la plaie est cicatrisée.

Le 25 Janvier, on constate une nouvelle fistule à la partie inférieure du lambeau, l'opéré est en parfaite santé, son exeat est signé.

OBSERVATION III

M.... Médéric, 61 ans. Boulanger.

Le malade se présente à l'hôpital le 9 Mars 1917.

On remarque que le cartilage thyroïde a des lames fines, ossifiées, bosselées, surtout à gauche. La palpation du larynx est douloureuse et l'on trouve dans la région carotidienne gauche un petit ganglion dur, douloureux, mais pas très adhérent au plan profond.

Au point de vue fonctionnel, la malade accuse des douleurs spontanées se répercutant du côté de l'oreille gauche. La toux est boisée, la voix est enrouée, la respiration est nettement gênée. Le malade a un peu de cornage et même du tirage. Son expectoration est sanglante. A l'examen laryngoscopique, on aperçoit à gauche un repli ary-épiglottique piriforme, infiltré, empiétant sur l'orifice glottique. L'arythénoïde de ce côté est immobile. Il paraît y avoir une infiltration diffuse occupant tout le côté gauche du larynx, comme dans les formes carcinomateuses.

Le Professeur MOURE décide le malade à se faire opérer.

Il est hospitalisé quelques jours plus tard.

Le 13 mars, la trachéotomie est opérée par le Docteur CANUYT. La technique classique, habituelle dans le service, est employée. L'incision a moins de un centimètre.

Les suites opératoires sont excellentes.

L'analyse des urines ne révèle rien d'anormal.

Le 21 Mars, le Professeur MOURE pratique un nouvel examen laryngoscopique et constate que le malade est porteur, au niveau du côté gauche du larynx, d'une tumeur qui a envahi une partie de l'espace sous-glottique, la corde vocale, la bande ventriculaire, l'arythénoïde, le repli ary-épiglottique et même une partie de l'épiglotte.

Le malade a de la péricondrite, ce qui indique une participation de la lame thyroïdienne gauche. L'on remarque en outre la présence d'un ganglion.

Le 26 Mars, *Laryngectomie totale* (Professeur MOURE). On procède par une incision verticale et décollement du larynx sur les parties latérales. On fait ensuite une incision perpendiculaire à la première, à la partie supérieure, de façon à produire un T, pour pouvoir dégager le larynx à la partie supérieure. Pendant ce temps, les deux artères laryngées supérieures sont pincées, puis la trachée est incisée au-dessous du cricoïde, de manière à pouvoir commencer à séparer le larynx de l'œsophage de bas en haut.

En arrivant à la partie supérieure du côté gauche, notre Maître s'aperçoit que le néoplasme a débordé le larynx et a envahi les parties latérales. Le larynx est séparé tout d'abord de la paroi antérieure de l'œsophage, puis il est séparé aussi latéralement et, enfin, l'épiglotte est détachée de sa base d'implantation ; cette dernière est infiltrée sur toute sa hauteur.

Une fois le larynx enlevé, la reconstitution du plan œsophagien est faite. Une sonde œsophagienne est introduite par le nez et poussée jusque dans l'estomac ; une mèche de gaze iodoformée est placée à la partie supérieure de la plaie, puis les plans profonds et superficiels sont suturés.

Pour terminer, le Professeur MOURE met en place une canule de Lombard et bourre la partie supérieure de la trachée avec une mèche iodoformée.

Suites opératoires :

Le reste de la journée se passe bien, le malade est très calme, le pouls excellent. Le pansement, un peu souillé, est refait ; et, le soir, on donne un verre d'eau de Vichy par la sonde.

Le 27 Mars, la nuit s'est passée calme, on refait le pansement, la plaie va très bien, on recommence l'alimentation, on donne du lait et du thé.

Le 28 Mars, l'état général est excellent, on donne une purgation légère et le pansement est refait, la plaie est en parfait état.

Le 30 Mars, la température s'élève un peu le soir. On refait le pansement et, en enlevant la mèche du haut, il s'écoule de la sérosité sanguinolente et un peu de salive. On remet une mèche.

Le 31 Mars, on fait, ce jour-là, deux pansements, et l'on constate un sphacèle très superficiel, surtout à droite ; on change la canule.

Le 1^{er} Avril, deux pansements sont encore faits. Le sphacèle est très limité, il n'y en a pas sur la paroi œsophagienne, mais la suture a lâché sur une longueur de 3 centimètres environ.

Le 2 Avril, on continue les pansements matin et soir, le sphacèle s'élimine. Les jours suivants le malade va bien et s'alimente bien.

Le 6 Avril, on panse sans mèche.

Le 8 Avril, ce jour et les jours suivants on ne fait qu'un pansement quotidien.

Le 16 Avril, le Professeur MOURE pratique une plastique pharyngo-œsophagienne. Il décolle la paroi œsophagienne, qu'il avive, ainsi que la peau qui recouvre la surface. Ceci fait, il suture l'œsophage en inversant la muqueuse en dedans. Puis il essaie ensuite de constituer un plan musculaire profond, ce qui est irréa-

lisable, vu le déficit qui existe à ce niveau. Il suture alors la peau, de manière à fermer complètement la fistule pharyngo-œsophagienne,

Le 17 Avril, on fait le pansement, la partie supérieure de la plaie n'a pas très bon aspect. L'état général est bon.

Le 18 Avril, l'amélioration est encore plus sensible.

Le 20 Avril, on constate la désunion des sutures superficielles et profondes à la partie supérieure. Sphacèle. On ébarbe la plaie et l'on fait des pansements bi-quotidiens.

Le 24 Avril, la plaie a meilleur aspect.

Le 3 Mai, la sonde œsophagienne est enlevée, car le malade ne la supportait pas très bien. Il souffre un peu de l'estomac et maigrit.

Le 5 Mai, on ferme l'orifice de la plaie avec un tampon, que l'on maintient pendant les repas. Le malade parvient à s'alimenter ainsi facilement.

Le 8 Mai, l'état général s'améliore très sensiblement.

Le 15 Juin, on constate un ganglion à gauche qui paraît être une récidive.

Le 31 Juillet, on signe l'exeat du malade, car la tumeur récidivant, il est impossible de songer à fermer la fistule.

On voit, dans cette observation, que les suites opératoires ont entraîné en longueur et il semble qu'il y ait là une corrélation, d'abord avec l'emploi de l'incision primitive en T déterminant un double lambeau, ensuite avec le mode de plastique par rapprochement simple des deux lèvres œsophagiennes et des deux lèvres cutanées au lieu du recouvrement de la brèche par un lambeau de rabattement.

OBSERVATION IV

D.... J.-Baptiste, 66 ans. Coiffeur.

Le malade se présente à la consultation du Professeur MOURE, à l'hôpital Saint-André, le 1^{er} Décembre 1917.

Il raconte qu'il y a un an il a commencé à avoir la voix enrouée et a présenté quelques phénomènes vagues du côté du larynx. Il a été soigné depuis par un spécialiste et, malgré des soins assidus durant cette période, le malade a vu s'accroître tous les symptômes

fonctionnels qu'il présentait, c'est-à-dire enrouement, douleurs avec irradiation vers l'oreille et gêne respiratoire.

Lorsqu'on examine le malade, on constate qu'il présente, au premier aspect, tous les attributs d'une bonne santé.

La palpation extérieure au niveau du larynx permet de constater une déformation considérable du volet thyroïdien. La déformation et la douleur sont surtout marquées du côté droit. L'angle thyroïdien est presque entièrement effacé et les parties du cartilage sont étalées.

L'examen laryngoscopique montre la présence d'une tumeur bourgeonnante en chouffeur, du type papillomateux, non saignante, et occupant tout le côté droit de la cavité laryngienne, remontant au niveau de la face laryngienne de l'épiglotte, même du côté gauche. On ne constate pas la présence de ganglions.

Il s'agit donc d'une tumeur maligne du larynx, nettement endolaryngée et cavitaire. Et, dans ces conditions, on doit attendre les meilleurs résultats d'une laryngectomie totale, précédée d'une trachéotomie.

Le 30 Novembre 1917, le Docteur CANUYT pratique la trachéotomie, d'après le procédé habituellement employé dans le service.

Le 13 Décembre 1917. *Laryngectomie totale* (Professeur MOURE). On détermine, deux lambeaux en faisant une incision d'attaque en T. En découvrant le larynx, on s'aperçoit que le cartilage thyroïde et le cricoïde sont complètement ossifiés et même bosselés. Il existe du côté droit du larynx un ganglion que l'on enlève. La présence de très nombreux et importants vaisseaux rend l'intervention beaucoup plus sanglante qu'à l'habitude, néanmoins, elle est rapidement menée à bon port. Après l'ablation du larynx et de l'épiglotte, également infiltrée, on fait la plastique de l'œsophage. On passe une sonde œsophagienne par le nez et, sur cette sonde, on suture d'abord le plan muqueux à la soie, puis le plan musculaire et, enfin, le plan cutané. On a eu le soin de placer une mèche de gaze iodoformée au-dessus de la canule et une autre à la partie supérieure et de laisser un petit orifice entre deux points pour laisser passer les soies ayant servi à la suture de l'œsophage.

Suites opératoires :

Le 13 Décembre au soir, le malade est calme, son état général est bon.

Le 14 Décembre, le premier pansement est défait et l'on constate que la plaie va bien.

Le 16 Décembre, on enlève les mèches et l'on constate un peu de sphacèle superficiel au-dessus de la canule.

Le 19 Décembre, on ne constate pas de communication entre les deux cavités et la plaie, au-dessus de la canule, se nettoie. Au niveau de la plaie supérieure il y a peu de sphacèle, les points de la suture œsophagienne ont lâché sur une longueur de 4 centimètres environ; les sutures superficielles ont également lâché à la partie supérieure et médiane. L'état général est excellent.

Le 22 Décembre, il n'y a plus de sphacèle, les soies ont lâché, sauf un seul point. On supprime la mèche au-dessous de la canule et l'on remarque que la plaie est propre et déjà très rétrécie.

Le 28 Décembre, le malade va très bien, la plaie supérieure se referme.

Le 6 Janvier 1918, la plaie se referme rapidement et l'état général est excellent.

Le 20 Janvier, le malade continue à aller aussi bien que possible, la plaie bourgeonne, mais il reste toujours une fistule.

Le 5 Février, le Professeur MOURE ferme la fistule par une autoplastie secondaire à double plan. Il avive les bords, décolle l'œsophage de la masse musculo-cutanée et constitue les deux plans en suturant séparément chacun d'eux, l'un au-dessus de l'autre.

Le 6 Février, on constate de la rougeur à la périphérie de la plastique.

Le 7 Février, en enlevant le pansement, on remarque qu'une fistule s'est produite.

Le 8 Février, il y a un peu de sphacèle qui s'élimine dans le pansement.

Le 15 Février, la fistule a beaucoup diminué.

Le 26 Février, on enlève la sonde et le malade s'alimente assez facilement.

Le 3 Mars, la fistule ne se rétrécit pas.

Le 8 Mars, elle est dans le même état.

Le 15 Mars, on constate une amélioration sensible et l'on envoie le malade en convalescence chez lui, en le priant de revenir dans quelques semaines si la fistule ne se ferme pas.

Le 25 Mai, le malade revient parce que sa fistule reste stationnaire. Le Professeur MOURE lui fait une nouvelle plastique œsophagienne et il emploie le procédé habituel à double lambeau.

Le 26 Mai, le malade va bien, pas de température.

Le 28 Mai, on laisse la plaie à découvert et le malade est placé au grand air et au soleil.

Le 30 Mai, il se forme une fistule à la partie supérieure et une à la partie inférieure, par où passe très peu de salive.

Le 1^{er} Juin, le malade va bien.

Le 4 Juin, la fistule devient de plus en plus petite.

Le 7 Juin, la fistule supérieure est complètement fermée, l'inférieure laisse à peine passer la salive.

Le 9 Juin, la fistule inférieure, à son tour, est presque complètement fermée.

Le 11 Juin, le malade part complètement guéri.

L'on est en droit de se demander si la longueur des suites opératoires n'est pas en partie due à l'incision en T faite au début de l'opération.

OBSERVATION V (Inédite.)

G.... Solon, 62 ans. Employé de Commerce.

Se présente le 7 Janvier 1920, accusant une grande difficulté à parler et quelques douleurs spontanées. Le début de ces troubles remonte à deux mois, la tumeur aurait été perceptible un peu après, du côté droit.

On constate à l'examen laryngoscopique une dégénérescence en choufleur et saignante de l'aryténoïde droit, du repli aryépiglottique et une légère atteinte du repli glosso-épiglottique latéral droit et de la face exolaryngée de l'épiglotte du côté droit. On ne trouve pas d'adénopathie.

Le 11 Janvier 1920, un nouvel examen ne montre rien à la base de la langue, rien au niveau du repli glosso-épiglottique médian. Par contre le repli épiglottique latéral paraît un peu pris. On ne trouve pas d'adénopathie.

Une biopsie pratiquée par le Docteur PORTMANN montre que l'on se trouve en présence d'un épithélioma pavimenteux tubulé à cellules basales. Le malade est hospitalisé le jour même.

Le 12 Janvier, le Docteur PORTMANN fait une trachéotomie sous anesthésie locale. Procédé habituel dans le service : incision médiane minuscule de un centimètre de longueur, incision plan par plan, hémostase parfaite. Mise en place de la canule.

Le 26 Janvier, le Professeur MOURE pratique la *Laryngectomie totale* sous anesthésie locale. Il fait une incision verticale de l'os hyoïde à la canule et décolle à l'aide d'un bistouri les parties molles au-devant du cartilage thyroïde et de la trachée. Il pratique une incision horizontale en T à la partie supérieure, de manière à aller chercher les deux pédicules et à placer des pinces sur artères et sur les veines. Puis il décolle les parties molles autour du

larynx jusqu'à sa partie postérieure et procède à la ligature des pédicules. Le larynx est séparé de l'œsophage et comme on découvre alors que la tumeur occupe la partie droite de l'épiglotte, on termine en enlevant le larynx et en même temps l'épiglotte. La réfection de la paroi œsophagienne est ensuite pratiquée par des sutures à la soie, on suture aussi l'intervalle qui sépare la base de la langue de l'os hyoïde de façon à compléter l'hémostase. Au-dessus de l'œsophage un plan musculaire aussi résistant que possible est établi par des sutures au catgut, et des mèches de gaze iodoformées sont placées au-dessus et au-dessous de la canule.

Suites opératoires :

Le 26 Janvier, au soir, le malade souffre de la tête, transpire, est fatigué. La température est normale, le pouls aussi.

Le 27 Janvier, on pratique le premier pansement et l'on constate que l'état du malade est bon.

Le 28 Janvier, on commence à enlever les mèches.

Le 29 Janvier, la partie inférieure est complètement déméchée.

Le 30 Janvier, on fait sauter deux points de suture au niveau des soies et on démèche complètement. Il y a une légère fistule œsophagienne et la température est de 38°6.

Le 31 Janvier, le malade va bien et la température est revenue à la normale.

Le 1^{er} Février, l'état se maintient.

Le 3 Février, on enlève deux points de suture au niveau de la contre-incision qui est cicatrisée et l'on constate l'élimination d'un petit paquet de sphacèle au niveau de la fistule œsophagienne qui a néanmoins très bon aspect.

Le 4 Février, il se produit encore une élimination d'un peu de sphacèle.

Le 5 Février, la plaie est largement désunie, mais elle est rose, propre et a bon aspect. La période de sphacèle est terminée, les points latéraux tiennent encore.

A ce moment, le malade présentant des accidents d'intoxication iodoformée (agitation surtout nocturne, hoquets) on supprime la gaze iodoformée et on lui administre une purgation.

Le 7 Février, le hoquet persistant, on enlève chaque soir la sonde qui n'est remise que pendant la journée.

Le 4 Mars, on ne met plus la sonde qu'au moment des repas ; il ne reste plus qu'un hiatus pharyngé communiquant avec l'extérieur, qui se ferme rapidement.

Le 15 Mars, la plaie est presque complètement fermée, il ne

reste qu'une fissure de trois centimètres de longueur sur deux millimètres de largeur. L'état général est excellent.

Le 28 Mars 1920, il ne reste plus qu'une petite plaie de trois centimètres de longueur, en voie de cicatrisation. On signe au malade sa feuille de sortie.

Le 29 Janvier 1921, le malade se présente à la consultation montrant une petite fistule au niveau de la partie supérieure de la plaie opératoire et le malade est admis à l'hôpital pour autoplastie secondaire.

Le 3 Février, on constate de chaque côté de la ligne d'incision et à sa partie moyenne deux ganglions mobiles, pas douloureux. Le Docteur PORTMANN opère l'autoplastie secondaire et referme la fistule par avivement de ses bords, décollement de l'œsophage, suture de celui-ci à la soie après inversion en dedans. Puis deux lambeaux cutanés sont taillés de part et d'autre de la fistule, le premier servant de plan de rabattement est suturé face cruentée en dehors, le second est glissé au-dessus de lui et suturé au delà des surfaces avivées par points séparés aux crins de Florence.

Suites opératoires :

Le 7 Février, on enlève un point de suture.

Le 20 Février, l'exeat est donné au malade après complète guérison.

On voit ici que les suites opératoires ont entraîné en longueur, mais du jour où l'on a employé le procédé d'autoplastie à double lambeau, tout est rentré dans l'ordre.

OBSERVATION VI (Inédite.)

L.... Antoine, 58 ans,

Le malade présentant une grande gêne respiratoire vient à la consultation le 1^{er} Août 1917. On constate la présence d'une tumeur laryngée dont on prélève un fragment. Cette biopsie permet de se rendre compte que l'on a là un épithélioma.

Le 3 Août 1917, le Docteur CANUYT fait une trachéotomie à la Maison de Santé Saint-Joseph et l'on décide le malade à une laryngectomie.

Le 10 Septembre, le malade entre à l'hôpital du Tondu. Une analyse d'urine faite à ce moment ne présente rien d'anormal.

Le 20 Septembre, *Laryngectomie totale* (Professeur MOURE).

Incision verticale partant de l'os hyoïde et après avoir dénudé

le larynx des deux côtés on fait une incision transversale à la partie supérieure (région hyoïdienne) formant T avec la première. Les parties latérales du larynx sont libérées, puis on sépare l'organe vocal de la trachée par section au-dessous du cartilage cricoïde ; la séparation du larynx et de l'œsophage se fait assez aisément en suivant le plan de clivage, après quoi on enlève le larynx. On ferme la brèche œsophago-pharyngienne à la soie en ayant soin de laisser les fils passer par l'ouverture supérieure. Les plans musculo-aponévrotiques profonds sont suturés au catgut et on laisse vers le haut une ouverture par laquelle passent non seulement les fils, mais encore une mèche de gaze iodoformée. Puis on place une mèche semblable à la partie inférieure au-dessus de la canule et l'on suture les plans superficiels aux crins en ménageant dès ouvertures précédemment indiquées pour les mèches.

Suites opératoires :

Le 20 Septembre au soir la température est normale, l'état général aussi, le malade crache peu. Le soir on lui donne un verre d'eau de Vichy par la sonde.

Le 21 Septembre, la nuit précédente a été bonne, le pansement est refait, la plaie est en bon état. On donne une alimentation légère au malade.

Le 23 septembre, on enlève un peu de mèche.

Le 24 Septembre, les mèches sont complètement enlevées et l'on change la canule.

La plaie a très bon aspect, il n'y a pas de sphacèle et les points tiennent. On remet une mèche au-dessus de la canule car il y a une communication entre l'ouverture trachéale et la plaie. Le malade s'alimente bien.

Le 26 Septembre, le malade continue de bien aller, il y a très peu de sphacèle.

Le 27 Septembre, en enlevant le pansement, on constate que plusieurs soies ont lâché et l'on aperçoit la sonde sur une longueur de trois centimètres environ.

Le 29 Septembre, la partie supérieure de la paroi œsophagienne tient, ainsi qu'une languette médiane, pas de sphacèle.

Le 1^{er} Octobre, on panse à plat et l'on met encore un peu de mèche au-dessus de la canule.

Le 2 Octobre, le malade se plaint un peu de l'estomac.

Le 4 Octobre, on lui donne une légère purgation.

Le 5 Octobre, le malade fait un peu de température et souffre de la tête, sa plaie va très bien.

Le 8 octobre, la plaie se ferme. La paroi œsophagienne se reconstitue. L'état général est excellent.

Le 9 Octobre, on ne mèche plus au-dessus de la canule.

Le 15 Octobre, la paroi œsophagienne s'accroît.

Le 22 Octobre, on enlève la sonde œsophagienne et l'on constate que la plaie supérieure se referme.

Le 25 Octobre, l'état général est excellent, mais la fistule ne semble pas s'améliorer.

Le 9 Novembre, le Professeur MOURE fait une œsophagoplastie. Procédé à double lambeau, l'œsophage étant très désuni et les parois trop écartées l'une de l'autre pour qu'on puisse les rapprocher.

Suites opératoires :

On alimente le malade par une sonde œsophagienne que l'on met au moment des repas.

Le 10 Novembre, le malade est dans un état satisfaisant, on fait des pansements journaliers.

Le 11 Novembre, on constate la désunion de la suture supérieure sur la ligne médiane.

Le 12 Novembre, la partie superficielle est ulcérée, une fistule s'est formée et l'on remarque que le lambeau interne se sphacèle.

Le 14 Novembre, le sphacèle est éliminé, l'ulcération ne s'accroît plus.

Le 16 Novembre, l'état de la plaie est meilleur.

Le 18 Novembre, on constate que la cicatrisation a commencé.

Le 27 Novembre, l'état général de l'opéré est excellent, la plaie se comble.

Le 29 Novembre, rien n'est changé.

Le 2 Décembre, pas d'amélioration.

Le 10 Décembre, on éprouve une très grande difficulté à passer la sonde, le malade fait du spasme. D'autre part, son état général n'est pas très bon, il maigrit, a peu d'appétit, la plaie est atone. En présence de ces faits on commence le traitement spécifique.

Le 12 Décembre, le malade a toujours sa fistule qui bien que de la grosseur d'un pois n'a aucune tendance à se fermer. A la partie inférieure de la plaie on remarque de la rougeur et du gonflement. Le malade s'alimente par la bouche.

Le 14 Décembre, l'amélioration générale se fait sentir.

Le 17 Décembre, l'amélioration continue,

Le 20 Décembre, la fièvre apparaît et augmente jusqu'au 27 Décembre où le malade meurt de cachexie tuberculeuse et infection pulmonaire.

Dans cette observation, il est difficile d'apprécier les effets des méthodes employées, l'infection tuberculeuse étant venue se superposer à l'état de cachexie, qui préexistait déjà chez le malade.

Cela prouve, tout au moins, combien est délicate la tâche du chirurgien qui se trouve pris entre le désir d'extirper le mal et la crainte du choc opératoire qui débilite et prépare l'infection toujours aux aguets.

OBSERVATION VII (Personnelle.)

S.... François, 58 ans. Convoyeur.

Le 4 Mai 1921, le malade se présente à la clinique O. R. L., se plaignant de douleurs spontanées retentissant à l'oreille droite. A l'examen laryngé on constate une tumeur bourgeonnante occupant la bande ventriculaire et le repli ary-épiglottique, correspondant à la face laryngée de l'épiglotte.

On décide le malade à une intervention et il est hospitalisé.

Après biopsie, on constate que le malade est porteur d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

Le 9 Mai, *Laryngectomie totale* (Docteur PORTMANN).

Incision de MOURE comportant deux incisions horizontales et une verticale le long du sterno-mastoïdien droit déterminant un seul lambeau.

Puis on pratique une dissection soignée du larynx, ce que faisant, on enlève quelques petits ganglions suspects, situés de part et d'autre des articulations cricothyroïdiennes. Les faces antérieure et latérale des cartilages thyroïde et cricoïde sont découvertes après relèvement des masses musculo-cutanées latérales. Ligature des pédicules artériels au catgut, suture des nerfs laryngés à leur entrée dans le larynx et on dégage l'organe aussi loin que possible en arrière, après section des muscles constricteurs du pharynx. Par une suture au catgut l'œsophage est rattaché à l'épiglotte et à ses replis après introduction d'une sonde œsophagienne par le nez. Les fils de soie sont maintenus de toute leur longueur pour assurer s'il le faut un drainage capillaire. Le lambeau de peau unique est ensuite suturé au devant de l'œsophage à points séparés aux crins. Pas d'incidents opératoires.

Suites opératoires :

Le 10 Mai 1921, l'opéré va aussi bien que possible,

Le 11 Mai, le lambeau est un peu violacé à son extrémité. On trouve une petite phlyctène au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite.

Le 13 Mai, le Professeur MOURE enlève le pansement et constate que la plaie va bien. Il procède à l'ablation des mèches inférieures droite et gauche. Le lambeau est violacé sur ses bords extérieurs, surtout à l'angle droit et supérieur.

Le 14 Mai, on commence les pansements bi-quotidiens. On enlève la première mèche. De la salive passe par la mèche supérieure droite. On remet en place une mèche iodoformée et l'on enlève quelques petits points de suture. On procède également à la remise en place d'une deuxième mèche supérieure gauche et inférieure gauche, on en introduit également une entre la trachée et le pédicule externe gauche.

Le 15 Mai, on constate un sillon d'élimination du lambeau à la partie médiane. On place des drains.

Le 16 Mai, le sillon se sphacélant, on fait trois pansements journaliers.

Le 17 Mai, le Professeur MOURE procède au pansement, constatant que le sphacèle a légèrement augmenté, il ébarbe la plaie en enlevant aux ciseaux les produits sphacelés. A la face postérieure de la trachée, il y a également un peu de sphacèle. Les drains sont supprimés et l'on panse à l'eau oxygénée et traumatol.

Le 18 Mai, on fait un nouvel ébarbage de la plaie, afin d'enlever tous les produits sphacelés. Il y a un peu de pus bleu.

Le 20 Mai, le pansement est fait à l'eau oxygénée. La trachée est un peu descendue, mais il reste des crins qui l'attachent à la peau. La plaie commence à bourgeonner.

Le 26 Mai, les points de suture péri-trachéaux sont enlevés.

Le 27 Mai, pansement; on constate que la plaie est en bon état. Le sphacèle a disparu, le lambeau est rétracté, l'œsophage est complètement à nu. On fait un pansement sec qui sera renouvelé deux fois par jour.

Le 4 Juin, lorsqu'on défait le pansement, on constate que la plaie se rétrécit de plus en plus, il ne reste plus que la fente à travers laquelle l'œsophage apparaît. Cette ouverture a deux centimètres et demi de large; la plaie est épidermée. On crayonne la plaie et on fait un pansement au nitrate.

Le 9 Juin, on constate que la plaie se rétrécit de plus en plus.

La circonférence trachéale est en très bon état. on crayonne encore la plaie. Il y a encore un peu de pus bleu.

Le 10 Juin, on fait une cautérisation au chlorure de zinc.

Le 25 Juin, la plaie se rétrécit de plus en plus, mais il y a toujours présence de pus bleu. on fait un pansement à l'éther et l'on passe les bourgeons au chlorure de zinc.

Le 1^{er} Juillet, le pus bleu a complètement disparu et la plaie est en parfait état.

Le 7 Juillet, la plaie diminue toujours.

Le 21 Juillet, plastique œsophagienne (Docteur PORTMANN.)

Il procède d'abord à l'avivement des bords de la plaie et au décollement de l'œsophage. Celui-ci est ensuite suturé par deux points séparés à la soie. Puis les plans musculaires ramenés en masse, sont réunis au catgut et enfin la peau est suturée aux crins.

Le 23 Juillet, le pansement est défait et l'on constate que la plaie va aussi bien que possible.

Le 27 Juillet, on remarque la formation d'une fistule ; deux soies en effet ont lâché.

Le 30 Juillet, l'ouverture ne s'est pas agrandie, les autres soies tiennent.

Le 1^{er} Août, on remarque l'élimination de la dernière soie et la persistance d'une petite fistule.

Le 17 Août, on supprime la sonde et l'on fait avaler des liquides et des bouillies épaisses par la voie œsophagienne, mais à la déglutition, on constate que les aliments refluent par la fistule. Le malade remédie à ce reflexe en appuyant sur son pansement pour assurer le libre passage des aliments.

Le 22 Août, la plaie étant guérie, la fistule tarie et l'état général excellent, on décide d'envoyer le malade en convalescence.

Le 23 Août, mais au moment de partir la fistule s'est ouverte à nouveau à la partie inférieure. On la cautérise au nitrate d'argent.

Le 27 Août, le malade est exécuté guéri.

Dans cette observation, on constate qu'il y a une ouverture par lambeau unique taillé dans les téguments du cou et grâce à cela la fistulisation qui se produit est de courte durée, car une plastique exécutée avec soin vient y mettre fin ; cependant il est permis de penser que cette fistulisation aurait été plus vite obtenue par la méthode à double lambeau, lambeau de rabattement et lambeau de recouvrement.

OBSERVATION VIII (Personnelle.)

M.... Jean, 62 ans. Cultivateur.

Le malade vient se consulter le 17 Novembre 1920 parce qu'il est enrôlé depuis le mois de Janvier et que son enrôlement a progressivement augmenté. Il n'accuse pas de douleurs spontanées ; extérieurement on ne remarque rien de particulier au niveau du larynx ; la crépitation laryngée est conservée et le pharynx est normal.

A l'examen laryngoscopique, on remarque du côté gauche une saillie volumineuse, d'aspect granuleux, occupant tout le côté de l'organe. L'on remarque aussi que le côté gauche du larynx est à peu près immobile. On pratique alors une prise.

L'examen histologique montre que l'on a affaire à un épithélioma pavimenteux lobulé avec globes épidermiques.

Le 22 Novembre, *Laryngectomie totale* (Professeur MOURE.)

On ouvre le larynx pour s'assurer de l'étendue de la lésion et l'on s'aperçoit alors que celle-ci ayant débuté par la corde vocale a envahi la muqueuse ventriculaire et surtout la région sous-glottique sur laquelle elle déborde largement atteignant les régions antérieures et postérieures jusqu'à la région cricothyroïdienne qui est fortement épaissie.

Un lambeau trapézoïde à pédicule externe gauche est taillé.

On suture la trachée au lambeau cutané de façon à supprimer toute communication entre elle et la région œsophagienne. L'œsophage est réparé à la soie et l'on masse au-devant de lui les plans musculaires. Puis la plaie est refermée et l'on laisse des drains aux quatre coins, deux supérieurs et deux inférieurs, correspondant aux quatre pédicules qui avaient été recherchés et liés au cours de l'opération. La canule est mise en place.

Suites opératoires :

Dans les heures qui suivent l'opération le malade ne présente rien de particulier du côté de la canule, mais crache continuellement du pus par la bouche.

Le 24 Novembre, le pansement ne présente rien de particulier.

Le 25 Novembre, l'état général est bon. Le lambeau est très bien nourri. On enlève de chaque côté des mèches. Il sort un peu de sérosité louche de chaque côté ainsi que sur le trajet gauche.

Le 26 Novembre, on enlève les mèches, celles d'en bas donnent un peu de suintement, celles du haut laissent s'écouler une sérosité louche.

Le 27 Novembre, on supprime les deux mèches du bas qui sont propres, le drainage ne se fait plus que par les deux mèches du haut. Le lambeau est en excellent état.

Le 30 Novembre, le pédicule externe gauche donne très peu. Seul le pédicule externe droit draine la plaie et laisse s'écouler la salive. A la partie inférieure on ne constate pas de décollement.

Le 3 Décembre 1920, les soies œsophagiennes tiennent encore, même celles du pourtour de la trachée. On enlève quelques points de suture. On supprime la mèche du pédicule supérieur gauche ; seul le pédicule droit draine la plaie.

Le 5 Décembre, à la suite du pansement le malade fait une hémorragie abondante de sang veineux, elle est arrêtée par compression dans la plaie.

Le 7 Décembre, le clavier supérieur trachéal persiste toujours, mais la plaie se ferme, on ne met la mèche que du côté droit, après avoir pulvérisé du chlorure de zinc à 1/10 sur le pédicule.

Le 9 Décembre, on fait une toilette complète de la plaie, et on enlève la sonde œsophagienne.

Le 13 Décembre, il ne reste plus rien à la partie inférieure ; il y a une bonne épidermisation autour de la trachée, il ne reste qu'une seule fistule trachéale.

Le 16 Décembre, le malade va très bien, l'orifice se ferme de plus en plus.

Le 17 Décembre, la fistule du pédicule gauche est fermée, et il ne reste plus que la fistule du côté droit.

Le 20 Décembre, le malade continue à aller bien.

Le 24 Décembre, on enlève la sonde et on ne la replace qu'au moment des repas.

Le 30 Décembre, la plaie œsophagienne semble se refermer. L'état général de l'opéré est bon.

Le 17 Janvier 1921, la plaie œsophagienne quoique persistante étant dans un excellent état, le Professeur MOURE fait une œsophagoplastie. Il procède par avivement des lèvres de la plaie, décollement de l'œsophage sur les parties latérales, suture partielle de ce canal au catgut et suture complète de la plaie au crin.

Le 21 Janvier, on remarque qu'un point inférieur a lâché.

Le 25 Janvier, les crins sont enlevés. L'orifice est presque fermé. On fait un pansement à plat.

Le 30 Janvier, le malade est exécuté guéri.

CONCLUSIONS

Nous avons, au début de cette étude, brièvement décrit la dernière technique adoptée dans le service du Professeur MOURE et perfectionnée par lui, et nous avons retracé les différentes méthodes de restauration de la brèche opératoire.

Cette restauration, immédiatement consécutive à l'extirpation du larynx se fera :

I. — 1° Au niveau du conduit œsophagien lui-même :

- a) Soit par suture des lambeaux subsistants de la muqueuse, s'ils sont suffisants, sutures faites au catgut chromé ou aux tendons de renne.
- b) Soit partiellement à l'aide de lambeaux sous-mentonniers.
- c) Soit partiellement encore par invagination d'un lambeau latéral de la peau du cou.
- d) Soit enfin totalement à l'aide d'un lambeau cervical.

2° Au niveau de la paroi cutanéopharyngée.

Et nous avons vu que cette restauration se fait par le rabattement et la suture du lambeau unique taillé selon la dernière technique de MOURE.

II. — Seulement, il est d'abord impossible d'empêcher le malade de déglutir sa salive, et puis comme il faut de toute

nécessité songer à réparer les forces d'un sujet débilité à l'extrême par une dysphagie prolongée et finalement par le choc opératoire, on doit l'alimenter, et nous avons vu que dans ce but, c'est encore l'emploi de la sonde œsophagienne à demeure qui constitue le meilleur procédé. Et c'est à ce moment que les mucosités buccales, toujours septiques, se joignant aux liquides alimentaires déterminent des foyers d'infection ; alors le sphacèle prend naissance, les points de suture lâchent et les fistules se forment.

III. — En présence de ces accidents post-opératoires si fréquents que l'on peut les considérer comme constants, il faut intervenir à nouveau en constituant une plastique œsophagienne secondaire.

Plusieurs méthodes sont employées actuellement, mais sans contredit, celle qui nous a paru la plus efficace est celle qui a été créée par notre Maître et qui consiste à obturer la fistule par un lambeau de rabattement, puis la brèche correspondant à ce premier lambeau et ce premier lambeau lui-même par un second appelé lambeau de recouvrement.

C'est grâce à ce procédé qu'il nous a été donné de pouvoir constater et publier ici même des résultats très satisfaisants.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

E.-J.- MOURE.

VU :

Le Doyen,

Dr C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 Février 1922.

Le Recteur de l'Académie.

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Laryngectomie en trois temps avec réfection d'un pharynx cutanéomuqueux. (*Lyon Médical*, 15 Décembre 1907.)
- AUDIBERT. — Contribution à l'étude de la Laryngectomie partielle ou totale. (Thèse de Bordeaux, 1908.)
- BAUDOIN. — L'extirpation du Larynx. (*Gaz. Méd. de Paris*, 5 Septembre 1896.)
- BARDENHAUER. — Laryngectomie. (*American Journal of Medical Sciences*, Août 1890.)
- BARATOUX. — De l'extirpation du Larynx. (*Progrès Médical*, nos 13 et 15, 1886.)
— De l'extirpation du Larynx. (*La Pratique Médicale*, 22 Novembre 1887.)
- BÉRARD, SARGNON, BESSIÈRE. — Contribution à l'étude de la Laryngectomie. Historique, Indications, Technique et résultats. (*Arch. Int. de Laryng.*, Mars-Avril 1914.)
- BÉRARD et SARGNON. — Contribution à l'étude de la Laryngopharyngectomie. (*Presse Méd.*, 25 Octobre 1913.)
— Contribution à l'étude de la Laryngopharyngectomie. (*Bull. d'O. R. L.*, Mars 1914.)
— Laryngectomie totale. (*Lyon Médical*, 25 Juin 1911.)
- BEESTON. — Cas d'extirpation du Larynx suivi de guérison. (*The Australian Medical Gazette*, Juin 1887.)
- BEC (LE). — Laryngectomie. (*Ann. des Maladies de l'Oreille*, n° 10, Octobre 1903; n° 4, Avril 1905 et n° 6, 1906.)
- BOTEY. — La Chirurgie Moderne du cancer du Larynx. (*Arch. de R. L. y O.*, Janvier 1915.)
— Quelle est la meilleure méthode d'extirpation du Larynx. (*Ann. des Mal. de l'Oreille*, 1913, n° 10.)
- BOTELLA. — Quelques modifications dans la technique de la Laryngectomie. (*Bul. de Laryng. y Rhino.*, Novembre-Décembre 1911.)
- CANDELLA. — L'extirpation du Larynx. (*Arch. de R. L. y Otol.*, Mai 1915.)

- CASTETS. — La Laryngectomie totale dans le service de M. le Prof. JEANNEL. (Thèse de Toulouse, 1910.)
- CAUZARD et DELOBEL. — Epithélioma intra-laryngé ; laryngectomie totale. (*Ann. des Maladies de l'Orcille.*)
- CHIORELLA et NOVARD.* — Considérations sur un nouveau cas d'extirpation totale de l'os hyoïde et d'une partie du pharynx. (*Arch. Ital. de Laryng.*, 4 Octobre 1887.)
- CISNEROS (Juan). — La Laryngectomie totale en deux temps. (*Bol. de Laryng. Otol. Rinol.*, Madrid 1907 ; *Ann. Mal. de l'Oreille et du Larynx*, 1909.)
- CRIBE. — Laryngectomie pour cancer. (*Ann. of Surgery*, Août 1913.)
- DURAND. — Technique de la Laryngectomie (*Lyon Médical*, Juin 1913.)
- ESCAT (R.). — Technique oto-rhino-laryngologique, sémiotique et thérapeutique (1921.)
- FALGAR. — Autoplasties chez les laryngectomisés et résultats de la laryngectomie totale. (*Gaceta Medica Balear*, 11 Janvier 1917.)
- FAVETTE (François). — Résultats actuels de la laryngectomie dans le cancer du larynx. (Thèse Montpellier, 1903-04.)
- FREUND. — Prothèse sur une partie de l'œsophage après l'extirpation partielle du larynx et la résection du pharynx.
- GANDELA. — L'extirpation totale du Larynx. (*Rev. Esp. de Laryng. O. y R.*, Septembre 1917.)
- GANE. — De l'extirpation du larynx et de l'œsophage. (*Munch. Med. Wochens.*, n° 18, 1898.)
- GLUCK et SOERREUSEN. — Handbuel der Spezillen chirurgie des Ohres und der oberen Luftewege, Band IV. (Dr. L. Katz, Preysing, Blumenfeld.)
- GLUCK. — Extirpation du larynx. (*Klin. Therap. Wochens.*, 13 Octobre 1913.)
- GUISEZ. — La pratique oto-rhino-laryngologique (1908.)
- GIBT. — Carcinome du larynx. Laryngectomie. (*The Laryngoscope*, n° 4, 1900.)
- GIBERT. — Résultat éloigné d'une laryngectomie totale pour cancer. (*Presse Médicale*, 25 Octobre 1913.)
- GORIS. — De l'œsophagorraphie après l'extirpation du larynx. (*Rev. heb. de Laryng.*, 23 Juin 1901.)
- HERNANDEZ. — Les avantages de la méthode de GLUCK dans la Laryngectomie totale. (*Revista de Laryng.*, Mai-Août 1913.)
- HOCHENEGG. — Œsophagoplastie et extirpation totale du larynx. (*Int. Klin. Rundsch. Wien*, 15 Novembre 1891.)
- HOWARTH (Walter). — Laryngectomie totale. (*The Journal of Laryng.*, Juin 1919.)
- JACOD. — Sur la technique opératoire et le pronostic éloigné de la laryngectomie totale pour cancer du larynx. (*Lyon Médical*, 25 Août 1921.)

- KRISHABER. — Étude sur le cancer du larynx. (*Ann. Mal. de l'Oreille et du Larynx*, 1879.)
- LATARJET (A.). — Étude sur les pharyngectomies. (Thèse de Lyon, 1906.)
- LACKE. — Laryngectomie avec résection du pharynx, de la base de la langue et des ganglions cervicaux. (Compte-rendu à la Société de Laryng. de Londres, 9 Décembre 1896, in *Revue heb. de Laryng.*, n° 17, 1897.)
- LANNOIS (M.). — Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx (1908.)
- LANNOIS, MOURE, LERMOYEZ, SÉBILEAU. — Traité pratique d'oto-rhino-laryngologie, 1921, tome I.
- MACKENZIE. — Laryngectomie après trachéotomie. (*Arch. Int. de Laryngologie*, 1914, n° 4.)
- MARSCHICK. — Démonstration de résection et d'extirpation du pharynx et du larynx. (Congrès des médecins allemands de Vienne, 21 Septembre 1913; in *All. Wiener Med. Zeits*, 7 Avril 1914.)
- MEYER. — Extirpation totale du larynx. (*New-York Medical Journal*, 1891.)
- MINTZ. — Laryngectomie pour cancer. (*Russky Vrach. Petrograd*, 12 Avril 1914.)
- MOLINIÉ. — Considérations sur la laryngectomie. (*Le Larynx*, Juin 1914.)
- Les tumeurs malignes du larynx (1907.)
- MONGOUR. — De la laryngectomie. (Thèse Bordeaux, 1890.)
- MOURE. — Considérations cliniques sur la laryngectomie. (*Revue de Laryngologie*, 7 Décembre 1907.)
- Thyrotomie et laryngectomie sous anesthésie locale dans le cancer du larynx. (*Rev. de Laryng.*, 1^{er} Janvier 1920.)
- Résultats éloignés de la laryngectomie. (*Bull. de l'Académie de Médecine*, Avril 1921.)
- MOURE et CANUYT. — Laryngectomie pour tumeurs malignes. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 19 Juillet 1914.)
- MOURE, G. LIÉBAULT et G. CANUYT. — Pathologie de guerre du larynx et de la trachée.
- NAPALKOW. — De la laryngectomie pour tumeurs cancéreuses. (*Kirourguier*, n° 59, Moscou 1901.)
- PARK. — Un cas d'extirpation totale du larynx. (*Ann. of Surgery*, III, n° 15.)
- PEAN. — Ablation totale du larynx, de la portion supérieure de l'œsophage et de la moitié supérieure du pharynx et restauration des organes avec un appareil prothétique. (*Arch. Int. de Laryng.*, 1895, n° 3.)
- PINÇONNAT. — De l'extirpation du Larynx. (Thèse Paris, 1890.)
- PLUMMER. — Laryngectomie pour tumeurs malignes. (*The Physician and surgery*, Novembre 1911.)

- REAL. — Laryngectomie totale dans le cancer du larynx. (Thèse Paris, 21 Janvier 1904.)
- ROUX. — Carcinome et section circulaire de l'œsophage. Excision du larynx et du corps thyroïde. (*Revue Médicale de la Science Romande*, 15 Avril 1887.)
- ROUGET. — La laryngectomie totale dans le cancer du larynx. (Thèse Paris, 1912.)
- SCHMIEGELOW. — Résection totale du larynx et d'une partie du pharynx et de l'œsophage. (*Soc. Danoise d'Ot.*, 7 Octobre 1913.)
- Laryngectomie pour cancer du larynx. (*Revue de Laryngologie*, n° 18, 1902.)
- SÉBILEAU. — Laryngectomie totale extemporanée mixte. (*Presse Médicale*, 21 Juin 1911.)
- SEMON. — Laryngectomie et thyrotomie dans le cancer du larynx. (*Ann. des Mal. de l'Oreille*, n° 3, Mars 1904.)
- TIXIER. — Laryngectomie totale pour cancer du larynx. (*Lyon Médical*, 28 Avril 1912.)
- TIRBAN. — De l'extirpation totale du larynx. (*Revue de Laryng.*, n° 2, 1903.)
- VALLAS. — Pharyngectomie et laryngectomie totales. (*Lyon Médical*, 1906, n° 46.)
- Laryngectomie totale. (*Lyon Médical*, 10 Janvier 1909.)
- VAN DEN VILDBERG. — Cancer du larynx. Laryngectomie et pharyngectomie. (*Progrès Médical Belge*, 1^{er} Mars 1911.)
- Deux cas de laryngo-pharyngo-œsophagectomie (*Archives de Chauveau*, Nov.-Déc. 1912.)
- VILLAR. — Laryngectomie. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 3, 1893.)

